

Voordat de wal het schip keert!

Citation for published version (APA):

Maarse, J. A. M. (2013). *Voordat de wal het schip keert!* Datawyse / Universitaire Pers Maastricht.
<https://doi.org/10.26481/spe.20131004jm>

Document status and date:

Published: 04/10/2013

DOI:

[10.26481/spe.20131004jm](https://doi.org/10.26481/spe.20131004jm)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.



Hans Maarse

Faculty of Health, Medicine and Life
Sciences

VOORDAT DE WAL HET SCHIP KEERT!

Afscheidsrede

VOORDAT DE WAL HET SCHIP KEERT!

uitgesproken in verkorte vorm op 4 oktober 2013

Hans Maarse

Universitaire Pers Maastricht
ISBN 9789461592590

MIJNHEER DE RECTOR MAGNIFICUS,
DAMES EN HEREN,

Het thema van de conferentie van vandaag was *Duurzame zorg, andere besturing*. De sprekers die allen een bepaalde positie in de zorg vertegenwoordigden traden met elkaar in het strijdperk over de vraag wat er moet gebeuren om een duurzame zorg voor de toekomst te garanderen. Hun stellingname leverde tal van interessante discussiepunten op, vooral ook omdat elke spreker expliciet was gevraagd zich in de positie van zijn of haar opponent te verplaatsen ('Wat zou U doen als U de bestuurder van de instelling van Uw opponent zou zijn?'). Dat is een werkwijze die vaker zou moeten worden toegepast!

De rode draad in de discussie was dat er grote zorgen over de duurzaamheid van de zorg bestaan. De groei van de zorg heeft de samenleving veel opgeleverd, maar daar staat tegenover dat het beslag ervan op de beschikbare middelen in de loop der tijd sterk is toegenomen. Valt het groeitempo van de collectief gefinancierde zorguitgaven in de toekomst wel vol te houden? Hoe kan, gegeven de oneindige vraag naar zorg, de duurzaamheid ervan in de toekomst worden veilig gesteld? Hoe te voorkomen dat ons solidair gefinancierde stelsel zijn legitimiteit verliest?¹ Wat moet er in de besturing van de zorg gebeuren om te vermijden dat de wal uiteindelijk het schip keert? Wat moeten we ons eigenlijk bij een duurzame en niet-duurzame zorg voorstellen?

Het antwoord op deze laatste vraag wil ik U direct geven. Een duurzame zorg is voor mij een zorg die ook in de toekomst betaalbaar blijft en die iedere burger toegang biedt tot noodzakelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg. Zorg is niet langer duurzaam indien zij onbetaalbaar wordt en niet langer hoogwaardige kwaliteit en universele toegankelijkheid garandeert. Bij toegankelijkheid moet U niet alleen denken aan directe toegang tot zorgverleners, maar ook aan financiële toegankelijkheid. Die moet worden gewaarborgd door een systeem van solidaire zorgfinanciering. Toegankelijkheid sluit dus solidariteit in.

¹ Ruim 90 procent van de zorguitgaven die uit de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten wordt immers risico-onafhankelijk en inkomensafhankelijk gefinancierd (eigen berekening gebaseerd op het rapport Uitgavenbeheersing in de zorg van de Algemene Rekenkamer (2011). De cijfers betreffen 2009.

In deze rede wil ik het thema van de duurzaamheid van de zorg centraal stellen. Ik doe dat in het stellige vermoeden dat er aan de jaren van snelle groei van de collectief gefinancierde zorguitgaven – in reële termen gemiddeld 5,4% over de periode 2000-2011 (OECD Health Data 2012) – een einde komt, simpelweg omdat dit percentage niet vol te houden valt. Er zijn de afgelopen periode allerlei hervormingen ingezet die moeten voorkomen dat de wal het schip keert. Ik zal een aantal van die hervormingen bespreken, in het bijzonder de marktwerking, de agendering van de individuele verantwoordelijkheid en de decentralisatie van grote delen van de langdurige zorg. Misschien stelt U dat teleur, maar ik ben per saldo positief over deze hervormingen en acht ze noodzakelijk, zij het dat je er pragmatisch mee moet omgaan en vooral moet vermijden dat zij een doel op zich worden. Mijn toetssteen is duurzaamheid.

ZORG EN BESTURING

Het zal U vanwege mijn leerstoel niet verbazen dat ik het thema van de duurzaamheid van de zorg vanuit een besturingsoptiek benader. Voordat ik dat doe wil ik eerst kort iets algemeen over zorg en besturing zeggen. Ik begin met de zorg.

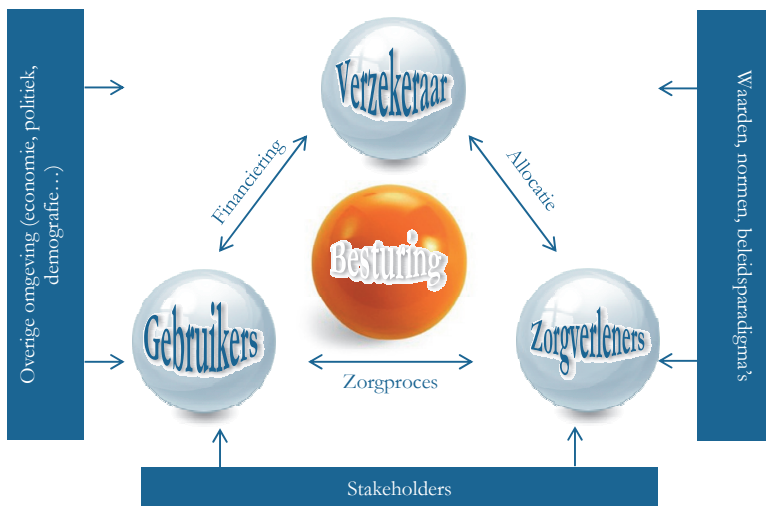
Zorg

De zorg – of beter het zorgsysteem – kan men visualiseren als een driehoek met op de hoekpunten gebruikers, zorgverleners en zorgverzekeraars. De drie benen van de driehoek stellen respectievelijk het zorgproces, de financiering van de zorg en de allocatie van de middelen voor zorg voor. De financiering betreft de mobilisatie van middelen voor de zorg door middel van premies, belastingen en eigen betalingen en de allocatie de besteding van die middelen voor zorg.

Natuurlijk betreft dit schema een sterk vereenvoudigde weergave van de complexe werkelijkheid. Gebruikers vervullen bijvoorbeeld zowel de rol van zorgvrager als de rol van verzekerde als de rol van burger met een oordeel over de zorg. Bij zorgverleners kun je onderscheid maken tussen individuele zorgverleners en (mega) zorgorganisaties. Zorgverzekeraar is ook al

een simplificatie want in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) vervult de gemeente in feite de rol van verzekeraar.² Verder bestaan er diverse modellen voor de wijze waarop zorgverlening, financiering en allocatie zijn georganiseerd. Tegenwoordig worden overigens ook allerlei andere begrippen gehanteerd. De burger heet een consument, de zorgverlener een aanbieder en de allocatie wordt met zorginkoop aangeduid. Ik heb deze economisering van het taalgebruik altijd zoveel mogelijk trachten te vermijden. Hoezo is een kwetsbare oudere of een ernstig zieke patiënt een consument? Wat moet ik mij voorstellen bij de inkoop van oncologische zorg?

De driehoek van de gezondheidszorg.



In het hart van de driehoek is de besturing van de zorg weergegeven. Ik kom hierop direct terug. Nu wil ik alleen benadrukken dat besturing en overheid niet identiek zijn. De overheid speelt uiteraard een centrale rol in de zorg, maar er zijn veel meer partijen bij betrokken. Besturing mag dus niet tot overheid en overheidsbeleid worden gereduceerd.

² Dit verklaart waarom men in de literatuur wel spreekt over de 'derde partij' die in de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener ten aanzien van de bekostiging intermedieert.

Het zorgsysteem functioneert in een bredere context. In de figuur is hier onderscheid gemaakt tussen drie verschillende contexten. De eerste context heb ik aangeduid met instituties. Dit zijn breed gedeelde en diepgewortelde waarden, normen, beelden, verhoudingen, verwachtingen, enzovoort. De tweede balk representeert het geheel van *stakeholders* of belanghebbenden die op een of andere manier bij de besturing van de zorg zijn betrokken. Het gaat doorgaans om een rijk geschakeerd gezelschap. Denkt U maar aan de vele koepelorganisaties die de standpunten en belangen van hun leden in allerlei overleg vertegenwoordigen. Vanwege de talrijke raakvlakken van de zorg met andere maatschappelijke sectoren bemoeien zich ook vele niet-zorgorganisaties met de besturing ervan zoals werkgevers- en werknemersorganisaties, sportorganisaties, industriële belangengroepen, enzovoort. Het aantal loopt op een willekeurig onderwerp al gauw in de tientallen. Zo was de 'Agenda voor de Zorg' die ten tijde van de formatie van Rutte II aan de informateurs werd aangeboden door 14 koepelorganisaties ondertekend. Het convenant overgewicht telde meer dan 30 ondertekenaars. De derde balk representeert de 'overige omgeving'. Denkt U hier bijvoorbeeld aan medisch-technologische innovaties, demografische en epidemiologische ontwikkelingen, de toestand van de economie of gewoon de politiek van alle dag. De *accidental logics* (Tuohy, 1999) zoals de val van het kabinet op een heel ander onderwerp dan zorg kan significante gevolgen voor de besturing van de zorg hebben, bijvoorbeeld een jaar vertraging.

Nog één opmerking over de balk die het rijk geschakeerde gezelschap van stakeholders voorstelt. Het is natuurlijk niet zo dat zij alle evenveel invloed en macht hebben. Een constante factor is dat zorgverleners en dan in het bijzonder dokters altijd veel invloed en macht hebben gehad. Ook nu is het nog zo dat je niks gedaan krijgt zonder de steun van de artsen. Zorgverzekeraars hebben lange tijd weinig macht gehad. Zij functioneerden in feite als een soort veredelde betaalfabriek. Hierin is echter grote verandering opgetreden. In de ogen van sommigen vertegenwoordigen zij nu 'het grote kapitaal' in de zorg waarbij vervolgens grote vraagtekens worden geplaatst. Tenslotte zijn er de gebruikers. Hun invloed was ook lange tijd zeer beperkt. Het emancipatieproces heeft hierin echter verandering gebracht. Het streven is tegenwoordig de gebruiker veel meer direct bij het zorgproces te betrekken en hem/haar te voorzien van 'objectieve informatie' om een geïnformeerde keuze mogelijk te maken (Delnoy, 2009). Of dat

allemaal lukt, is natuurlijk een ander verhaal. Ten tijde van de totstandkoming van de Zorgverzekeringswet was de nationale patiëntenorganisatie nauw bij de besluitvorming betrokken (Bassant, 2007). Een belangrijke vraag lijkt mij in hoeverre de patiëntenorganisaties hun positie in het besturingsproces weet te behouden en te versterken nu de subsidiekraan grotendeels is dichtgedraaid.

Besturing

De cirkel in de figuur representeert de besturing in de zorg. Onder *besturing* (tegenwoordig wordt ook regelmatig de term *governance* gebezigd) versta ik het geheel van opvattingen en gedragingen met betrekking tot de vormgeving van een bepaald systeem – hier de zorg. Besturing is een proces waarin waarden, normen en conceptuele modellen (beleidstheorieën) een prominente rol spelen. Besturing omvat behalve het agenderen en analyseren van beleidsproblemen ook het nemen van beslissingen over belangrijke zaken als de wet- en regelgeving, geldstromen of de inrichting van het bestuur en de uitvoering en evaluatie van die beslissingen. Besturing is verder een cyclisch proces: zij is zelden af, bijvoorbeeld omdat de genomen beleidsmaatregelen niet afdoende blijken of omdat zich nieuwe ontwikkelingen voordoen. Bedenk ook dat complexe besturingsproblemen nooit in de letterlijke zin van het woord kunnen worden ‘opgelost’, het frequente gebruik van het woord ‘oplossing’ in het hedendaagse politieke jargon ten spijt (Hoppe, 2011).

Zoals gezegd, is besturing een proces waarbij al gauw talloze actoren betrokken zijn, elk met hun eigen opvattingen, taken, verantwoordelijkheden en belangen. Politieke moed en het vermogen over de eigen schaduw heen te springen zijn van groot belang, maar helaas vaak niet sterk ontwikkeld. Door eigenbelang gedreven calculerend gedrag en opportunisme blijken meestal sterker ontwikkeld. Dat geldt ook voor rivaliteit en wederzijds wantrouwen. Besturing speelt zich uiteraard niet af in een denkbeeldig vacuüm, maar binnen een geïnstitutionaliseerde structuur met allerlei machtsverhoudingen en onderlinge afhankelijkheden die zelf weer de weerslag zijn van jaren van besturing (Van der Grinten, 2007). Besturing heeft verder op allerlei niveaus tegelijk plaats, niet alleen op het nationale niveau, maar ook op het niveau van zorginstellingen, verzekeraars, gemeenten,

advies- en belangenorganisaties, ja zelfs dicht in de buurt waar de zorgverlener met de zorgvrager in contact treedt. Besturing van de zorg heeft ook steeds meer een globale dimensie gekregen. Denkt U bijvoorbeeld aan de rol van de Europese Unie waarover Sandra Boessen (2008) en Irene Glinos (2013) boeiende dissertaties hebben geschreven of aan de rol van internationale netwerksystemen om de verspreiding van ziekten te monitoren (Ansell et 2012).

Besturing is ook een proces van wiebelige begrippen ofwel begrippen van elastiek die zowel mobiliseren als afkeer oproepen. Wij zullen er vandaag nog een aantal tegenkomen zoals duurzaamheid, marktwerking en individuele verantwoordelijkheid. Dit zijn allemaal sociale constructies. Wiebelige begrippen kunnen op uiteenlopende wijze worden ingevuld en de betekenis ervan kan in de tijd verschuiven.

Ik gaf al aan dat de besturing van de zorg niet met overheidsbeleid moet worden geïdentificeerd. Overheid en zorg zijn in de vorige eeuw weliswaar nauw met elkaar vervlochten geraakt en de zorg is steeds meer tot een politiek gevoelig onderdeel van het *publieke domein* uitgegroeid, maar dit impliceert nog niet dat de besturing van de zorg tot overheidsbeleid kan worden gereduceerd. De besturing van de zorg is in veel opzichten een kwestie van collectieve actie. Vergeet in dit verband ook niet dat overheidsbeleid tot stand komt onder druk van allerlei partijen en dat de overheid zelf vaak die partijen opzoekt om in het veld levende opvattingen te sonderen of om steun voor haar beleid te zoeken (zie dissertatie Harm Lieverdink, 1999).

Uit het voorgaande volgt dat ik niet veel op heb met het zogeheten *rationele* besturingsmodel. Kort gezegd, komt dit model erop neer dat beleidsproblemen op systematische wijze worden geanalyseerd en dat beleidsvoorstellen op alle gevolgen (kosten en baten) worden onderzocht waarna vervolgens een ‘optimale beleidsbeslissing’ wordt genomen die vervolgens geheel op de wijze waarop de beleidsmakers zich dat hadden voorgesteld wordt uitgevoerd. Er zijn zeker situaties denkbaar die enigszins bij het rationele model in de buurt komen, maar als iets mij de afgelopen 25 jaar iets is duidelijk geworden, dan is het wel dat de besturing van de zorg een weerbarstige aangelegenheid betreft en dat er naast doelrationaliteit of een zorgrationaliteit ook altijd sprake is van bestuurlijke en politieke rationaliteit die beide haaks op de doel- of zorgrationaliteit kunnen staan. Het be-

lang van politieke en maatschappelijke haalbaarheid kan eigenlijk niet worden onderschat. De zorg blijkt een thema waar normatieve opvattingen (waarden en normen), conceptuele modellen over hoe zij moet worden ingericht (*beleidsparadigma's*), georganiseerde belangen, machtsverhoudingen en politieke structuren in onderlinge samenhang altijd een prominente rol spelen (Marmor & Klein, 2012). Mening en belangen lopen meestal sterk uiteen en compromisvorming blijkt vaak de enige mogelijkheid om voldoende steun voor een beleid te verwerven. In de terminologie van Braybrooke & Lindblom (1963) kan besturing daarom het beste worden getypeerd als *muddling through* (doormodderen). U mag de bestuurlijke stroperigheid jammer of zelfs onverantwoord vinden en pleiten voor duidelijke keuzes en een grotere rol voor *evidence*, de realiteit blijkt doorgaans anders. De besturing van de zorg is in hoge mate gepolitiseerd en wie de historie van bijvoorbeeld de ziektekostenverzekering in Nederland bestudeert zal moeten concluderen dat het eigenlijk nooit anders is geweest (Companje et al, 2008).

De weerbarstigheid van de besturing van de zorg heeft ook alles te maken met geïnstitutionaliseerde ofwel diepgewortelde structuren en opvattingen die zich niet zomaar van de ene op de andere dag laten veranderen. Zo bezien zijn de lopende hervormingen niet alleen te beschouwen als een proces van institutionele verandering, maar evenzeer als een proces van institutionele continuïteit (Maarse, 2011). Deze continuïteit is tot op zekere hoogte maar goed ook: we moeten immers het goede behouden en de zorg lijkt mij geen speeltuin voor riskante experimenten.

Met deze realistische kijk op besturing zal bij U wellicht de vraag opkomen wat we van deze besturing voor de duurzaamheid van de zorg mogen verwachten. Zal de duurzaamheid van de zorg niet aan een povere besturing ten onder gaan? Bestaat er niet alle reden tot pessimisme?

Ik wil pleiten voor een realistische houding. Maar bij die houding past ook dat we oog hebben voor signalen die erop kunnen duiden dat er veranderingen op til zijn. Ik heb het vermoeden dat de zorgen over het duurzaamheidsprobleem in kringen van de beleidsmakers steeds breder worden gedeeld en dat zich langzaam maar zeker een *sense of urgency* begint af te tekenen: we kunnen met het oog op het duurzaamheidsprobleem niet langer op de bekende paden verder gaan. Aan de lange periode van sterke groei lijkt een einde gekomen. De tijden zijn echt aan het veranderen en in

de extramurale langdurige zorg is al sprake van forse krimp. Ik geef U enkele voorbeelden van deze signalen:

- Ten tijde van de formatie van het kabinet Rutte II slaan 14 overkoepelende organisaties de handen ineen. Het gemeenschappelijke resultaat heet 'De Agenda voor de Zorg'. Hierin worden in grove lijnen negen noodzakelijke beleidsrichtingen geschetst, bijvoorbeeld op het gebied van het zelfmanagement en eigen regie van de patiënt/cliënt, de herinrichting van het zorglandschap en de financiering/ bekostiging van de zorg.
- De afgelopen maanden hebben de bewindslieden met de partners in het veld zorgakkoorden uitonderhandeld op het terrein van zowel de *cure* als de *care*. Voor de *cure* werd bijvoorbeeld afgesproken om de reële groei van de ziekenhuiszorg in de periode 2015-2017 te beperken tot 1% per jaar. De huisartsenzorg mag bovenop deze 1% jaarlijks met 1,5% extra groeien op voorwaarde dat het beroep op de tweede lijn wordt teruggebracht. Voor de langdurige zorg is overeenstemming bereikt over een omvangrijk bezuinigingspakket.
- De Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU) bracht recentelijk een rapport uit waarin wordt gesteld dat 10 tot 20 procent van de huidige ziekenhuiszorg geen 'gezondheidswaarde' oplevert. Een dergelijk rapport was 10 jaar geleden vermoedelijk onmogelijk geweest vanwege strijdigheid met het eigen organisatiebelang.
- Een aantal wetenschappelijke verenigingen is ertoe overgegaan om volumenormen voor een aantal specifieke ingrepen te formuleren. De kwaliteit van de zorg wordt steeds beter geregistreerd en registraties brengen zaken aan het licht die zich tot voor kort aan het zicht onttrokken (Maarse et al, 2013).
- Een aantal ziekenhuizen voert bepaalde verrichtingen niet langer uit. Deze stap past in een bredere trend om de hoogspecialistische zorg met het oog op de kwaliteit ervan in één of enkele expertisecentra te concentreren.
- Op lokaal niveau proberen allerlei partijen de handen ineen te slaan om een zo goed mogelijk geïntegreerd lokaal aanbod van voorzieningen op het gebied van zowel de *cure* als de *care* tot stand te brengen. Ik denk hier bijvoorbeeld aan 'Blauwe Zorg' dat als regio experiment voor duurzame zorg in Maastricht en Heuvelland is gestart. Twee andere

voorbeelden hier in het zuiden betreffen het programma ‘Mijn Zorg’ dat in de regio Oostelijk Zuid-Limburg meer gezondheid tegen lagere kosten tot doel heeft en het ‘Partnerschap in het sociale domein Zuid-Limburg’.

Dit lijstje is verre van compleet. Wat er mijns inziens uit spreekt, is een gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid en het besef dat veranderingen nodig zijn. Als elke partij enkel oog blijft houden voor het eigen organisatiebelang of bij de overheid aanklopt met het bekende verzoek ‘er moet geld bij’, komen we geen stap verder en loopt het systeem vast. Tegelijkertijd moeten we ook niet in een soort naïef optimisme vervallen en denken dat het nu allemaal wel goed komt. Zorgakkoorden, agenda’s voor de zorg, enzovoort, zijn zelf ook weer de uitkomst van bestuurlijke compromisvorming en zij moeten, nog belangrijker, in de praktijk worden waargemaakt. Naast een voorhoede is er ook altijd een achterhoede!

In mijn verdere analyse zal ik sommigen van U wellicht teleurstellen. Ik behoor namelijk niet tot het kamp van mensen die denken dat de duurzaamheid van de zorg met enkele ‘eenvoudige’ ingrepen kan worden veilig gesteld. Als eindelijk alle specialisten in loondienst werken, als alle bestuurders op de ‘Plasterk-norm’ worden vastgeprikt, als alle overbodige bureaucratie in de zorg wordt opgeruimd, als de winsten van de verzekeraars en instellingen worden afgeroomd, als de fraude en het oneigenlijk gebruik worden aangepakt, dan zou – zo denken velen – de duurzaamheid van de zorg wel zo ongeveer van de politieke agenda kunnen worden afgevoerd. Het is ontegenzeggelijk waar dat deze *framing* van de problematiek het politiek en maatschappelijk goed doet. Je haalt er altijd het nieuws mee, ook als je niks nieuws te vertellen hebt. Het is ook zeker waar dat aan de genoemde oplossingen goede kanten zitten. Geen redelijk persoon kan toch immers voor zaken als fraude of overbodige bureaucratie zijn en ook ik koester sympathie voor de gedachte dat specialisten in loondienst moeten werken. Maar ik denk dat het vraagstuk van de duurzaamheid van de zorg dieper reikt. Om te voorkomen dat de wal het schip keert is meer nodig.

DUURZAME EN NIET-DUURZAME ZORG

Het onderwerp van vandaag is duurzame zorg. Maar wat moeten we verstaan onder duurzame zorg en wanneer is de zorg niet meer duurzaam?

Het begrip duurzaamheid vindt zijn oorsprong in de bosbouw en de visserij. Duurzaamheid betekent dat we op een spaarzame manier met onze schaarse hulpbronnen moeten omgaan teneinde te vermijden dat natuurlijke structuren en processen onherstelbaar worden uitgeput of aangetast. Duurzaamheid vraagt om een herinrichting van de productie en consumptie om te voorkomen dat ecologische evenwichten ontwricht raken. Duurzaamheid betreft in veel opzichten een globaal probleem in die zin dat alleen een gecoördineerde en wereldomspannende aanpak vruchten kan afwerpen. Men spreekt in dit verband wel over de noodzaak van *global governance* (Weiss, 2013). Tegelijkertijd heeft duurzaamheid ook een individuele dimensie: iedereen kan op zijn/haar manier aan een duurzaam gebruik bijdragen.

De VN-commissie Brundtland omschreef in haar rapport (uitgebracht in 1987) een duurzame ontwikkeling als ‘de ontwikkeling die aansluit op de behoeften van het heden zonder het vermogen van toekomstige generaties om in hun eigen behoeften te voorzien in gevaar te brengen’. Duurzaamheid kent dus een duidelijk tijdsperspectief: heden en toekomst worden met elkaar verbonden. Ons gedrag in het heden heeft grote repercussies voor toekomstige generaties.

In de afgelopen periode zijn vele beschouwingen aan het thema duurzaamheid gewijd en dat heeft, zoals het eigenlijk altijd gaat met begrippen tot de nodige ambigüiteit geleid. Duurzaamheid, duurzame ontwikkeling en navenante begrippen blijken om met de bestuurskundige Brasz te spreken ‘wiebelig’. De inhoud ervan is contextafhankelijk en kan in de loop van de tijd anders worden ingevuld (Weaver & Rotmans, 2006). We zullen zien dat het met duurzame zorg niet anders is gesteld.

Welk licht werpt deze beknopte exercitie op het begrip duurzame zorg? Op het eerste gezicht zijn er grote verschillen. Anders dan bij schaarse grondstoffen het geval is, gaan de middelen die we vandaag voor zorg benutten niet ten koste van het gebruik van die middelen in de toekomst. Duurzaamheid in de zorg is ook in menig opzicht een veel minder globaal probleem waar alleen een internationaal gecoördineerde aanpak soelaas

biedt. Hoewel zij door internationale ontwikkelingen kan worden ondermijnd – denk maar aan een wereldwijde epidemie of aan de economische crisis die in sommige landen reden is voor draconische bezuinigingen in de zorg (Mladovsky et al, 2012) – betreft de zorg toch vooral een territoriaal georganiseerd systeem. Bij het overschrijden van de landsgrens kom je in een heel ander systeem terecht.

Natuurlijk zijn er ook overeenkomsten. Als we de zorg van nu op de pof financieren, worden toekomstige generaties met de afbetaling van de schuld opgezadeld. Collectieve verantwoordelijkheid, *corporate* verantwoordelijkheid en individuele verantwoordelijkheid spelen bij duurzaamheid een belangrijke rol. In de zorg is het niet anders, waarbij ik voor corporate verantwoordelijkheid liever de term sociale verantwoordelijkheid hanteer. Voorts kan een ongebreidelde uitgavengroei belangrijke verworvenheden op het spel zetten. Nederland scoort vanuit internationaal perspectief hoog op het punt van kwaliteit en toegankelijkheid, maar blijft dat ook zo als het groeitempo van de zorguitgaven uit de pas blijft lopen met de groei van het nationaal inkomen? En dan is er nog het zogeheten *crowding-out* probleem: indien het aandeel van de zorg in het nationaal inkomen stijgt, kunnen andere noodzakelijke publieke bestedingen voor bijvoorbeeld onderwijs, vervoer of veiligheid in het gedrang komen. En er blijft natuurlijk ook minder ruimte over voor private bestedingen.

Zoals al eerder betoogde, betekent *duurzame* zorg voor mij een zorg die ook in de toekomst betaalbaar is en die iedere burger toegang biedt tot noodzakelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg. *Niet-duurzame* zorg is een zorg die onbetaalbaar wordt en niet langer hoogwaardige kwaliteit en universele toegankelijkheid garandeert. De duurzaamheid is eveneens in het geding, indien de zorg de kwaliteit en toegankelijkheid van andere belangrijke publieke voorzieningen of de ruimte voor private bestedingen op onaanvaardbare wijze aantast.

Nu snap je direct waarom het begrip duurzame zorg ‘wiebelig’ is. Wat immers te verstaan onder zaken als betaalbaarheid, noodzakelijke zorg, kwalitatief hoogwaardige zorg, universele toegankelijkheid, onaanvaardbare aantasting van andere publieke voorzieningen, enzovoort? Dat zijn in essentie politieke vraagstukken waarover de meningen uiteenlopen. En hoe verhouden de drie dimensies zich ten opzichte van elkaar? De invulling van toegankelijkheid en kwaliteit hebben grote consequenties voor de betaal-

baarheid en omgekeerd. Welke afwegingen dienen zich hier aan? Ook dit is in essentie een politiek vraagstuk. Het begrip duurzame zorg is ook dynamisch. De invulling ervan verschuift in de loop der tijd. Betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit hebben nu een andere invulling dan bijvoorbeeld drie decennia geleden.

DE NEDERLANDSE ZORG SCOORT INTERNATIONAAL GOED!

Zoals gezegd, wil ik hier aandacht besteden aan de duurzaamheid van de zorg vanuit een besturingsoptiek. Maar voordat ik dit doe, wil ik eerst iets zeggen over hoe de zorg in Nederland in vergelijking tot andere landen presteert. In dit verband zou ik U graag willen voorhouden dat de zorg in Nederland in allerlei internationale vergelijkingen goed scoort. Dat wordt helaas vaak over het hoofd gezien.

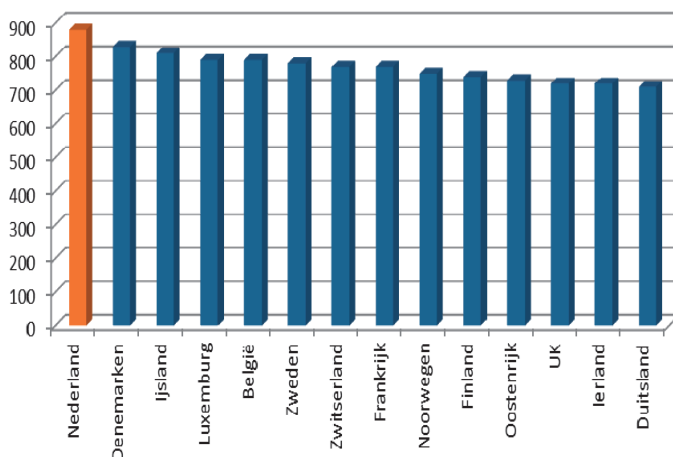
Figuur 1 is afkomstig uit het meest recente rapport van het *Health Consumer Powerhouse*, een Europese organisatie die jaarlijks de kwaliteit van de nationale zorgsystemen meet aan de hand van vijf indicatoren (patiëntenrechten en –informatie; toegankelijkheid; *health outcomes*; dekkingsgraad en geneesmiddelen).³ De gegevens zijn ontleend aan openbare statistieken, een vragenlijst aan een representatieve steekproef van consumenten in de afzonderlijke landen en eigen onafhankelijk onderzoek. De resultaten worden samengevoegd in één score: de *Euro Health Consumer Index* (EHCI) waarvan de waarde varieert tussen 0 en 1000. Aan de methodiek van dit type internationaal-vergelijkend onderzoek zitten natuurlijk de nodige haken en ogen (Smith et al, 2009). Ook de vergelijkbaarheid van het cijfermateriaal kan te wensen overlaten.

Wat blijkt? Nederland neemt de koppositie in – dat doet het trouwens al enkele jaren – en niet alleen dat, ook met ruime voorsprong. Interessant is bovendien dat Nederland op geen enkele van de gebruikte indicatoren de topositie inneemt. De topositie dankt het aan de totaalscore. Vergelijk het met de Tour de France: degene die in Parijs de gehele trui draagt hoeft geen enkele etappe te winnen. Hij moet er wel voor zorgen steeds in de

³ Helaas maakt de organisatie niet bekend door wie zij gefinancierd wordt. Haar onafhankelijkheid valt dus niet te controleren.

voorste linies te eindigen en nooit op grote achterstand ten opzichte van de concurrentie te raken.

Figuur 1. De EHCI-score 2012



Bron: Health Consumer Powerhouse 2012

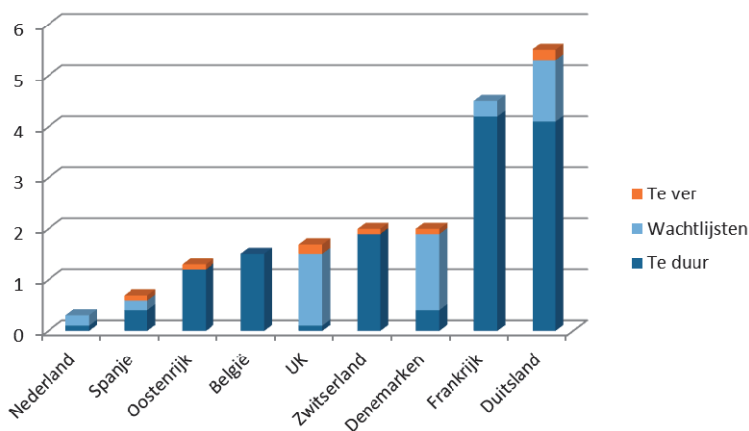
Wellicht denkt U: wat zegt zo'n onderzoek nu? Kun je complexiteit van de zorg wel afmeten aan een paar getallen? Wordt de complexiteit ervan zo niet vergaand gereduceerd? Dan heeft U zeker een punt, maar ik wil wel tegenwerpen dat de zorg Nederland ook in andere internationale vergelijkingen met een andere methodologie in de breedte goed tot uitstekend scoort. Zo zet het Commonwealth Fund (2010) in een vergelijking van zeven landen Nederland op de eerste plaats. De andere landen zijn Australië, Canada, Duitsland, Nieuw-Zeeland, Engeland en de Verenigde Staten. De dimensies in de vergelijking zijn kwaliteit van zorg (2^e plaats), doelmatigheid (3^e plaats), toegankelijkheid (1^e plaats), rechtvaardigheid (1^e plaats) en gezond en productief leven (6^e plaats).

In haar meest recente rapport *Health at a Glance* zet de OECD een groot aantal meer gedetailleerde feiten over de kwaliteit van de zorg op een rij. Uit deze gegevens komt het beeld naar voren dat Nederland zich op het punt van de kwaliteit meestal in de middenmoot bevindt met soms een uitschieter naar boven (OECD 2012). Dit beeld is dus minder positief,

maar we moeten wel bedenken dat de landenscores vaak dicht bij elkaar liggen.

Ik wil U het volgende plaatje uit het OECD-rapport niet onthouden. De figuur laat duidelijk zien dat de zorg in Nederland ten aanzien van de toegankelijkheid hoog scoort.

Figuur 2. Het percentage met een laag inkomen dat in 2009 geen toegang tot de zorg had (gebaseerd op Health at a Glance 2011)



Bron: Sirm 2011

Volledigheidshalve moet ik aan deze figuur wel toevoegen dat de nieuwste cijfers minder gunstig uitpakken. Zo zegt 42% van de Nederlandse huisartsen in een survey van het Commonwealth Fund (2012), dat hun patiënten vaak aangeven moeite te hebben met betaling in de zorg. Helaas is niet duidelijk of patiënten hierbij het verplichte eigen risico of de vereiste eigen bijdragen voor ogen hebben of de premie die zij voor hun basis- en aanvullende verzekering verschuldigd zijn. Opmerkelijk is verder dat er geen enkel verband bestaat met het aandeel van de eigen betalingen in de financiering van de zorg. In bijvoorbeeld Duitsland, Frankrijk en vooral Zwitserland is dit aandeel groter dan in Nederland. Toch zeggen de geënquêteerde huisartsen in die landen veel minder vaak dan hun Nederlandse collega's dat hun patiënten moeite met betaling voor de zorg hebben.

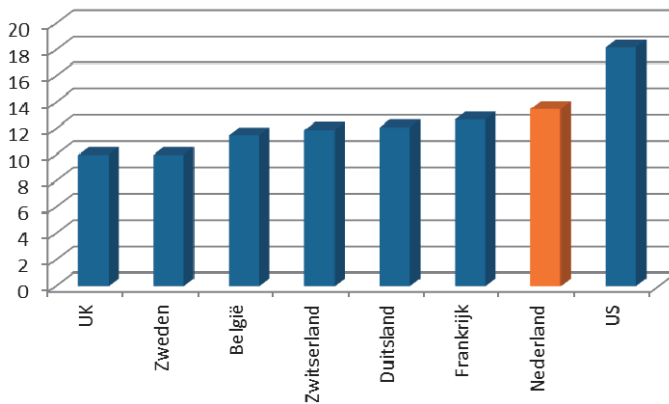
Dit al met al positieve beeld staat in schril contrast met hoe hier in Nederland in toenemende mate over de zorg wordt gesproken. De kritiek overheerst, de sfeer lijkt steeds meer te verzuren en het gras bij de burens is groener. Zeker als je de reacties op sommige websites volgt, kun je soms niet aan de indruk onttrekken dat de zorg hier maar een puinhoop is. Zelfs als er in reële termen miljarden extra in de zorg worden geïnvesteerd, lijkt de politieke discussie vaak alleen maar over de bezuinigingen te gaan. Ik vind dit een treurig stemmend maar tegelijk ook fascinerend verschijnsel. Kennelijk bestaan er meerdere werelden naast elkaar. Een wereld waarin positief tot redelijk positief wordt geoordeeld en een wereld waarin de kritiek de boventoon voert. Het heeft er alle schijn van dat die werelden steeds verder uit elkaar groeien. Helaas krijgt de wereld van het onbehagen de meeste aandacht. Je kunt er immers mee scoren. In een poging dit beeld te bestrijden heb ik U wat onderzoeksresultaten gepresenteerd. Ik zeg er natuurlijk direct bij dat deze resultaten geen reden zijn om op onze lauweren te rusten. Integendeel zelfs.

BETAALBAARHEID IN CIJFERS

Een duurzame zorg heb ik eerder omschreven als een zorg die ook in de toekomst betaalbaar is en die iedere burger toegang biedt tot noodzakelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg. In mijn verdere betoog wil ik mij beperken tot het aspect van de betaalbaarheid. Dat is niet zonder reden, want zonder overdrijving kun je stellen dat dit thema van de betaalbaarheid in de discussie de boventoon voert (zie bijvoorbeeld het in 2012 verschenen rapport van de Taskforce Beheersing Zorguitgaven).

Volgens cijfers van de OECD lag het aandeel van de zorg in het Bruto Binnenlands Product (BBP) voor Nederland in 2010 op 12,1% (figuur 3). Met dit percentage komt ons land de (twijfelachtige) eer toe na de Verenigde Staten (17,7%) het hoogste percentage van het BBP aan de zorg te besteden. Het Centraal Planbureau komt overigens uit op een hoger percentage, namelijk 13,2%, en het Centraal Bureau voor de Statistiek zelfs op 14,8%. Deze niet onaanzienlijke verschillen zijn geheel aan definitiever verschillen toe te schrijven: de grenzen van de zorg zijn immers niet gemakkelijk te trekken en tot op zekere hoogte zelfs betrekkelijk willekeurig.

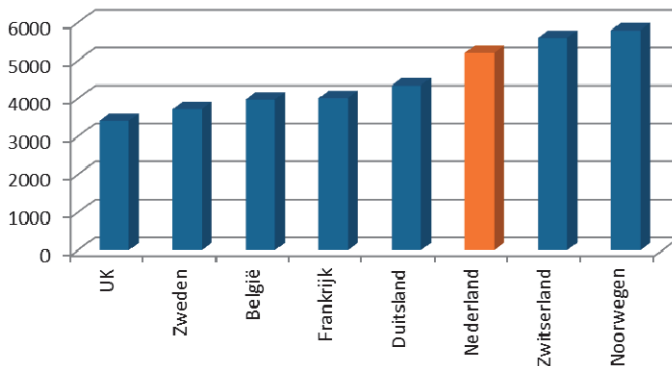
Figuur 3. Uitgaven zorg als percentage van het BBP, 2010



Bron: OECD Health Data 2011

Bezien we de zorguitgaven per hoofd van de bevolking (figuur 4), dan staat Nederland in Europa na Zwitserland en Noorwegen op de derde plaats. Landen als Duitsland, Frankrijk, België en het Verenigd Koninkrijk kennen een veel lager uitgavenniveau.

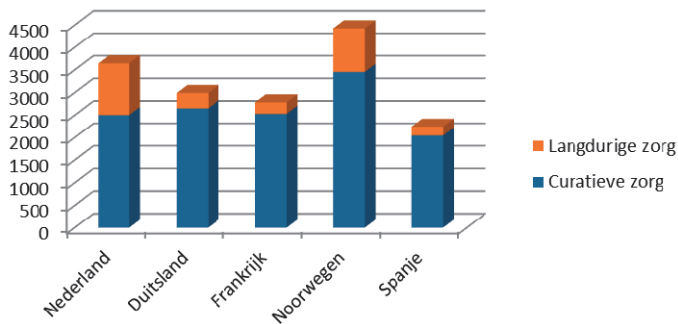
Figuur 4. Uitgaven zorg per hoofd bevolking, 2010, USD



Bron: OECD Health Data 2011

Deze aanzienlijke verschillen komen voor een belangrijk deel op het conto van de langdurige zorg (zie figuur 5). Terwijl Nederland qua uitgavenniveau voor de curatieve zorg met diverse landen zoals Duitsland en Frankrijk aardig in de pas loopt, geldt voor de langdurige zorg (de rode balk) een heel ander verhaal. Hier behoort Nederland in Europa tot de absolute top! Bij deze constatering past overigens wel enige voorzichtigheid. Zijn de grenzen van de gezondheidszorg al moeilijk te trekken, dit geldt a fortiori voor de langdurige zorg. Niettemin blijkt uit allerlei meer gedetailleerde studies dat Nederland vergelijkenderwijs een zeer uitgebreid aanbod van langdurige zorg heeft (OECD, 2011; Mosca et al, 2013).

Figuur 5. Uitgaven voor curatieve en langdurige zorg (exclusief genees- en hulpmiddelen) per hoofd van de bevolking, USD, PPP

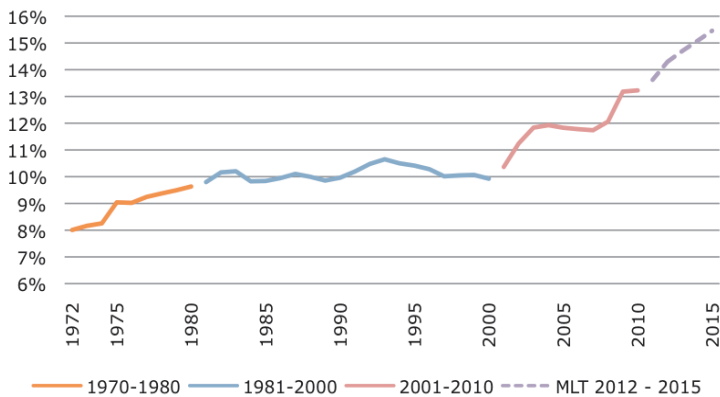


Bron: OECD Health Data 2011

Welk beeld geeft de ontwikkeling van de zorguitgaven in de tijd te zien? Uit figuur 6 blijkt dat er geen sprake is van een geleidelijk patroon. Tot het begin van de jaren tachtig was sprake van een continue stijging die nageenog tot stilstand kwam na de invoering van de budgettering in 1982. Zoals al vaker geconstateerd, is de budgettering vanuit het oogpunt van de kostenbeheersing buitengewoon effectief gebleken. Maar het was tegelijk een bot instrument dat niet effectief bijdroeg tot innovatie en tevens gepaard ging met een daling van de productiviteit. Nog belangrijker was dat de budgettering een wachtlijstprobleem opleverde, dat vooral rondom de eeuwwisseling tot een politiek issue uitgroeide. De wachtlijsten werden door Fortuyn gerekend tot 'de puinhopen van Paars'. Mede als gevolg van

gerechtelijke uitspraken zag de overheid zich gedwongen over te gaan tot het beleid van ‘boter bij de vis’: prestatie en budget werden aan elkaar gekoppeld en de strakke budgetlimieten werden (grotendeels) losgelaten. Een kostenexplosie na 2000 was het onvermijdelijke gevolg: het aandeel van de zorg in het BBP groeide in luttele jaren met ruim 3 procentpunten. De stijging van het percentage na 2008 wordt vertekend door de economische crisis als gevolg waarvan de groei van het nationaal inkomen zelfs negatief werd (noemereffect). Maar dit neemt niet weg dat Nederland qua zorguitgaven per hoofd van de bevolking tot de Europese top-drie behoort.

Figuur 6. Ontwikkeling zorguitgaven als percentage BBP, 1972-2010



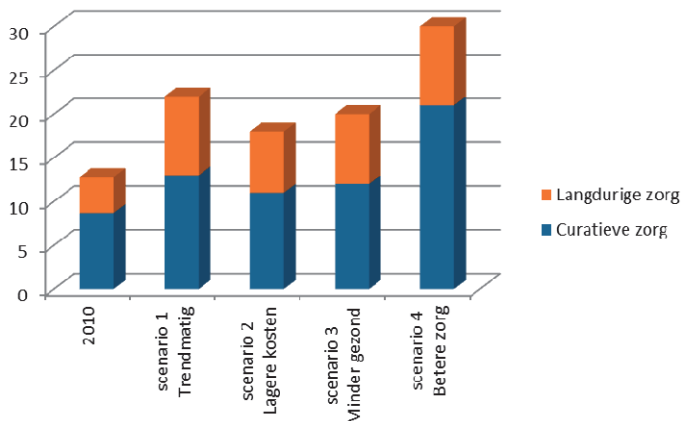
Bron: Centraal Planbureau (2011)

Vergelijken we de groei van de zorguitgaven in Nederland over de periode 2000-2011 met die in enkele andere landen, dan blijkt de groei bijna nergens zo sterk geweest als in Nederland. Om één voorbeeld te noemen: terwijl de gemiddelde groei in Duitsland voor deze periode op 2% uitkwam, scoorde Nederland ruim 2,5 maal zo hoog, namelijk 5,4%. Een intrigerende onderzoeksvraag is hoe dit enorme verschil te verklaren valt. Wat doen de Duitsers nu zoveel beter dan de Nederlanders?

Hoe ziet het beeld voor de toekomst eruit? Voorspellen blijft natuurlijk altijd hachelijk. Veel hangt af van de gemaakte veronderstellingen en er zijn grote onzekerheidsmarges. Niettemin heeft het Centraal Planbureau zich in de vorm van een viertal scenario's aan een voorspelling gewaagd.

Afhankelijk van het gekozen scenario, wordt het beslag van de zorg in 2040 tussen de 19% en 31% geschat en is een gezin met een modaal inkomen en twee kinderen jaarlijks tussen de 31% en 47% van zijn inkomen aan zorg kwijt. Dat lijkt moeilijk vol te houden en zal het solidaire stelsel onder grote druk zetten.

Figuur 7. De groei van de zorguitgaven in vier omgevingsscenario's, 2010-2040



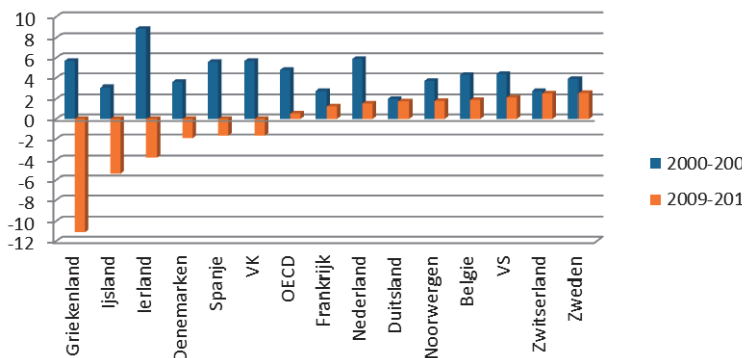
Bron: CPB, 2011

Bij figuur 7 mag overigens niet onvermeld blijven, dat de korte termijn-ontwikkeling in een andere richting wijst. De jongste cijfers duiden op een forse afzwakking van het groeitempo. Op basis van eigen berekeningen gebaseerd op cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek kom ik voor 2011 uit op een groeipercentage van 2,6% tegenover 4,8% in 2009 en 4,3% in 2010.

Dit beeld van afgezwakte groei komt overeen met een recente analyse van de OECD waaruit blijkt dat de gemiddelde groei van een kleine 5% per jaar OECD-breed over het afgelopen decennium is teruggelopen tot 0,5% in 2010 en 2011 (figuur 8). Let wel, dit zijn gemiddelden en dramatische bezuinigingen op de zorg zoals in IJsland, Griekenland en Ierland zijn in de berekening verdisconteerd. Overigens vraag ik Uw speciale aandacht voor de titel van het OECD-rapport *Health Care Spending Continues*

to *Stagnate*. Ik houd het voor onwaarschijnlijk dat minister Schippers het lagere groeitempo in termen van stagnatie interpreteert.

Figuur 8. Reële groeipercentages totale uitgaven zorg 2000-2009 en 2009-2011



Bron: OECD (2013)

Tot zover in vogelvlucht een overzicht van de stijging van de zorguitgaven. Deze stijging betreft de uiterlijke kant. De vraag is welke factoren er achter schuilgaan. Kennis hierover is noodzakelijk om de interventies gericht op beteugeling van de uitgavenstijging op hun waarde te schatten.

VERKLARING VAN DE UITGAVENSTIJGING

Er is veel onderzoek naar de oorzaken van de uitgavenstijging in de zorg verricht. Anders dan U wellicht geneigd bent te denken, blijkt het effect van de veroudering van de bevolking niet zo groot. De verklaring daarvoor wordt gezocht in het feit dat de meeste kosten in iemands leven in zijn/haar laatste levensjaren worden gemaakt (de zogeheten *death-related costs hypothesis*). Veroudering leidt wel tot significante veranderingen in de verdeling van de uitgaven over de leeftijdscategorieën. Zo schatte de OECD in een recent rapport dat 65-plussers in 2060 zo'n 60% van de zorguitgaven voor hun rekening zullen nemen. In 2010 ging een slordige 60% van de uitgaven op aan personen onder de 65 jaar (OECD, 2013).

Een factor die veel meer gewicht in de schaal legt betreft de medisch-technologische ontwikkeling (Jones, 2002). Er zijn steeds meer, vaak kostbare, interventies voorhanden. Ziekten die vroeger niet effectief bestreden konden worden, zijn dat nu wel en er is al voorspeld dat vele vormen van kanker in een niet al te verre toekomst tot een chronische aandoening kunnen worden teruggebracht. Ook het leeftijdscriterium om voor een complexe behandeling in aanmerking te komen heeft sterk aan betekenis ingeboet.

Een derde factor betreft de economische groei: als we meer verdienen, valt er ook meer te besteden aan zorg. Er bestaat een positief verband tussen het inkomen per hoofd van de bevolking en de zorguitgaven per hoofd van de bevolking.

Als vierde verklaringsfactor wordt gewezen op het zogeheten Baumoleffect. De zorg wordt duurder omdat de stijging van de productiviteit in de zorg geen gelijke tred zou houden met de productiviteitsstijging in de brede economie. De lonen in de zorg moeten wel omhoog, omdat er anders schaarste aan personeel ontstaat. Denkt U maar aan de uitvoering van een vioolkwartet van Beethoven. Die uitvoering wordt steeds duurder omdat het salaris van de musici stijgt. Het zou belachelijk zijn deze stijging te compenseren ('in te verdienen') met een verhoging van de productiviteit, bijvoorbeeld door het stuk sneller te spelen of door bepaalde herhalingen weg te laten. Dan blijft er van het kwartet niet veel meer over!

Over de omvang van het Baumoleffect in de zorg is tegenwoordig overigens het nodige te doen. In de curatieve zorg zijn grote productiviteitswinsten geboekt waarmee de nodige twijfel rijst over de vraag of er nog wel een Baumoleffect bestaat. Ook in de langdurige zorg is sprake van productiviteitsstijging, maar de conclusies zijn hier minder hard.

Dat mag misschien allemaal zo zijn, maar het vlak de rol ervan in het verleden niet uit. Wist U bijvoorbeeld dat de zorguitgaven in de periode 1950-1970 van 500 miljoen gulden naar bijna 7 miljard gulden stegen, een meer dan twaalfvoudige stijging? Het grootste deel van deze stijging had te maken met de explosieve groei van de lonen. Wijlen professor Lou Groot, hoogleraar economie van de gezondheidszorg in de voormalige faculteit Gezondheidswetenschappen van deze universiteit, placht te zeggen dat de zorg pas echt duur werd toen de nonnen uit het ziekenhuis verdwenen. Hij

kon het weten want hij was destijds directeur van het Laurentius Ziekenhuis in Roermond.

Ik vind deze opsomming van verklaringsfactoren verhelderend maar tegelijk vanuit een besturingsoptiek verlamdend. We kunnen toch de demografische ontwikkeling niet stop zetten? Niemand zal toch de medisch-technologische ontwikkeling willen afremmen? Met andere woorden, de genoemde verklaringsfactoren bieden geen of nauwelijks aanknopingspunten voor beleid. De uitgavenstijging in de zorg wordt als een soort natuurverschijnsel voorgesteld waaraan niet veel te doen valt.

Vanuit besturingsoptiek is het van belang aandacht aan andere factoren te schenken. Ik werk er kort vier uit: overheidsbeleid, institutionele structuur, medicalisering en zorgvraag. Het onderscheid tussen deze factoren is overigens analytisch: de werking van de factoren kan wel worden onderscheiden maar niet goed van elkaar worden gescheiden. Er is sprake van nauwe onderlinge samenhang.

Alvorens deze factoren te bespreken wil ik U nog op het volgende opmerkzaam maken. In veel kwantitatief onderzoek naar de oorzaken van de uitgavenstijging in de zorg worden de vier genoemde factoren in de categorie 'residuele factoren' geplaatst. Dat geldt trouwens ook voor de medisch-technologische ontwikkeling. Ik begrijp het taalgebruik wel: residueel staat voor onverklaarde variantie in een model met leeftijd en inkomen als twee verklarende factoren. Maar voor een bestuurskundige komt het uitermate vreemd over overheidsbeleid en institutionele structuur als een residuele factor af te doen. De terminologie werkt verhuullend.

Eerst het *overheidsbeleid*. De betekenis hiervan kan nauwelijks worden onderschat. De uitgavengroei in de zorg is onlosmakelijk met het overheidsbeleid verbonden en trouwens ook met het frequente onvermogen van de overheid om de uitgavengroei effectief te beteugelen. Elke uitbreiding van aanspraken betreft een politiek besluit waaraan een prijskaartje vastzit. De invoering van de AWBZ in 1968 leidde tot een explosieve uitbreiding van de capaciteit. Het leek wel op de groei van paddestoelen in een vochtig bos. Ongetwijfeld vanuit zorggoepunt een goede zaak, maar wel een met grote financiële consequenties. Ook nadien is ten aanzien van het verzekerde pakket van de AWBZ lange tijd een genereus beleid gevoerd; er kwamen alleen maar nieuwe programma's bij en die kwamen nooit in de plaats van bestaande programma's. Evenzo genereert de toevoeging van nieuwe be-

handelingen en geneesmiddelen een bepaalde uitgavenstijging. In feite fungeert de overheid als interveniërende variabele tussen de invloed van omgevingsfactoren (stijging van het inkomen, medisch-technologische vooruitgang, veroudering) en de uitgavenstijging. Wie de stijging van de zorguitgaven wil begrijpen, moet dus ook de blik op de politiek en het overheidsbeleid richten!

In dit verband is door bestuurskundigen gewezen op de *politiek logica van de groei*. Een gepassioneerde minderheid incasseert de baten en weet de kosten ervan op de anonieme premiebetaler af te wentelen. Wie daarbij de meeste decibellen produceert, heeft de meeste kans op succes. De gepassioneerde minderheid staat hier voor een groep van zorgverleners en/of zorgvragers die pleiten voor uitbreiding van de aanspraken met een nieuwe behandeling of een nieuw zorgprogramma. In een periode van bezuinigingen werkt het precies zo. Hier probeert een gepassioneerde minderheid een bepaalde inperking van het pakket te voorkomen; de kosten worden wederom afgewenteld op de anonieme premiebetaler. Verschil met voorheen is wel dat de anonieme premiebetaler zich tegenwoordig begint te roeren. De solidariteit in de zorgverzekering staat onder druk.

De tweede factor betreft het geheel van *institutionele arrangementen* dat we in de loop der tijd met elkaar in de zorg hebben opgetuigd. Deze arrangementen werken als *incentives*: zij stimuleren bepaald gedrag en remmen ander gedrag af. De incentives kunnen een positief effect hebben, bijvoorbeeld op de kwaliteit van de zorg of de afwegingsfunctie. De eigen verantwoordelijkheid van zorginstellingen voor de kosten van rente en afschrijvingen van hun bouwinvesteringen maakte bijvoorbeeld snel een einde aan megalomane bouwplannen op kosten van de premiebetaler. De afschaffing van de ex-post risicoverevening in de zorgverzekering in 2012 heeft tot gevolg dat zorgverzekeraars niet langer allerlei kosten op de gemeenschappelijke pot kunnen afwentelen: zij zullen dus scherper over prijs en volume moeten onderhandelen.

Maar tegelijkertijd is het zo dat institutionele structuren ongunstige gevolgen kunnen hebben en zelfs averechts kunnen werken. Institutionele structuren accommoderen de uitgavengroei, zo staat in het rapport van de Taskforce Uitgavenbeheersing (2012) te lezen. Zij blijken bijvoorbeeld een belangrijke oorzaak van ondoelmatigheid, nutteloze bureaucratie of gebrek aan innovatie. Bekostiging op basis van volume drijft het volume op. *The*

human body is a near endless source of revenues, hield een Amerikaanse arts voormalig minister Klink voor. Verstrekking van subsidies aan burgers en instellingen zonder eerst te controleren of zij er wel voor in aanmerking komen vraagt voorspelbaar om grote problemen. De institutionele structuur lokt vaak opportunistisch gedrag uit, ook van gevestigde instellingen die niet schromen allerlei trucs toe te passen om hun inkomstenstroom op peil te houden. Zo proberen sommige instellingen voor residentiële zorg hun cliënten om financiële redenen in een hogere zorgzwaarte-categorie in te delen.

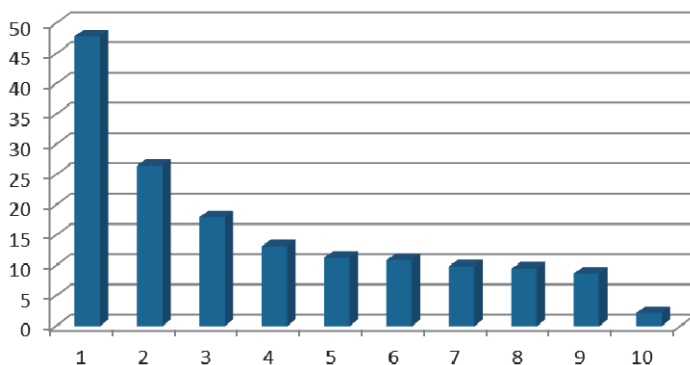
Een derde factor die de uitgavengroei stimuleert betreft de *medicalisering*. Dit begrip verwijst naar het verschijnsel dat de geneeskunde en de etiketten 'ziek en gezond' op een steeds groter deel van het menselijk bestaan van toepassing worden verklaard. Denkt U in dit verband maar eens aan de geestelijke gezondheidszorg waarin allerlei nieuwe ziektebeelden zijn geconstrueerd die natuurlijk om behandeling vragen. Dehue introduceerde al de term depressie-epidemie (2008). Moynihan (2005) geeft in zijn boek *Selling Sickness* talloze voorbeelden van de wijze waarop het bereik van de zorg steeds verder wordt uitgebreid met als (beoogd) gevolg dat zo langzamerhand iedereen als patiënt kan worden aangemerkt. Gezondheid is *big business* in een groeimarkt: de *social construction* van ziekte en gezondheid wordt in zijn ogen vervangen door een *corporate construction*. Welch (2011) uitte zijn verontrusting over het fenomeen overdiagnostiek.⁴ Omdat eerder weten altijd als beter wordt beschouwd, heeft de preventieve diagnostiek een hoge vlucht genomen waaraan geen einde lijkt te komen (de genetica zal de preventieve screening verder stimuleren). Denkt U ook aan de *total body scan* waarvoor tegenwoordig volop reclame wordt gemaakt. U kunt zelfs profiteren van forse kortingen. Welch plaatst grote vraagtekens bij de overdiagnostiek: deze levert geen gezondheidswinst op, kost handen vol met geld en kan voor patiënten schadelijke gevolgen hebben. Een kleine verschuiving in de standaarden voor risico en niet-risico betekent in de Verenigde Staten al gauw miljoenen patiënten extra.

Het is uitermate lastig om het effect van de medicalisering op de uitgavengroei te kwantificeren. Ik wil U echter één figuur voorleggen. In figuur 9 zijn zorgbehandelingen ingedeeld in decielen. Het eerste deciel

⁴ 'Overdiagnosis occurs when individuals are diagnosed with conditions that will never cause symptoms of death' (p. xiv).

bevat de 10 procent behandelingen met de laagste prijs en het tiende deciel de 10 procent meest kostbare behandelingen, enzovoort.

Figuur 9. Uitavenstijging 2006-2008 per kostendeciel



Bron Trienekens et al, 2012

Wat blijkt? Het groeitempo van de uitgaven in het deciel met de laag geprijsde behandelingen ligt beduidend hoger dan het groeitempo van de uitgaven in het deciel van de meest kostbare behandelingen! De figuur doet vermoeden dat de stijging van de zorguitgaven niet zozeer aan de groei van het aantal dure behandelingen moet worden toegeschreven, maar aan de groei van het aantal minder dure behandelingen! Voor sommige onderdelen van de langdurige zorg is een vergelijkbaar resultaat aangetoond. Wijst dit resultaat op medicalisering?

De vierde en laatste factor betreft de *vraagkant* van de zorg: het optreden van de zorgvragers. Sinds de jaren negentig duikt in allerlei beleidsstukken van de overheid de term vraagsturing op. Vraagsturing wordt als een van de hoekstenen van de hervorming van de zorg beschouwd. Nu is vraagsturing weer zo'n ambigu of 'wiebelig' begrip dat op heel verschillende manieren kan worden geïnterpreteerd (Van der Kraan, 2006). De opkomst ervan moet niet alleen worden beschouwd als een reactie op de aanbodssturing die de zorg decennialang heeft gedomineerd en de patient/cliënt in een passieve en afhankelijke rol manoeuvreerde, maar ook als onderdeel van de emancipatiebeweging die in de jaren zestig op gang is gekomen. Vraagsturing betreft een goede zaak. Waarom zou de zorg niet zo goed mogelijk op

de wensen en behoeften van de zorgvrager moeten worden afgestemd, niet alleen in zorgtechnische zin maar ook in termen van bejegening, cliënt-vriendelijkheid, enzovoort? Vraagsturing valt ook positief te waarderen als de zorgvrager zelf meer bij het zorgproces wordt betrokken (Spreeuwenberg, 2008). *Shared decision-making* kan vermoedelijk veel kosten besparen.

Maar vraagsturing kan ook in haar tegendeel verkeren en zelfs averechts uitpakken. Uit een recente enquête onder huisartsen bleek, dat in de visie van huisartsen veel patiënten gezondheidszorg als een recht ervaren. Veel patiënten hebben sterke behoefte aan een verklaring voor hun ziekte. Zij willen zekerheid en tonen een enorm geloof in vooral de specialistische geneeskunde (Wammes et al, 2013)). Daar komt nog allerlei claim- of calculerend gedrag bij. Er wordt tegenwoordig veel gesproken over verspilling en onnodige zorg. Dit lijkt mij niet enkel een kwestie van aanbodgeïnduceerde vraag; zorgvragers spelen hier mede een rol. Mijn stelling is dat dit doorschieten van de vraagsturing ook de zorguitgaven opstuwt. Wie de uitgavenstijging in de zorg wil beteugelen, zal ook de burger op zijn/haar rol daarin moeten aanspreken. Het bekende gezegde ‘de klant is koning’ verdient mijns inziens voor wat betreft de zorg een kritische beschouwing: er zitten grenzen aan. Of zoals een gerespecteerd lid uit mijn fietsclub pleegt te zeggen: de dokter moet op grond van zijn/haar professionele oordeel nee kunnen zeggen. Hij of zij behoudt ten aanzien van de professionele inbreng de regie.

Samenvattend kom ik tot de conclusie dat het versimpelen van de verklaring van de stijging van de zorguitgaven tot een kwestie van demografische factoren, inkomensontwikkeling en een residuele categorie ons maar weinig inzicht biedt hoe die uitgavenstijging nu precies werkt. Willen we de mechanismen beter begrijpen en aangrijpingspunten voor beleid zoeken, dan moeten we naar het overheidsbeleid kijken en de factoren die hier achter schuil gaan. Dan moeten we ook de *incentives* voorzien die van een bepaalde institutionele structuur op het gedrag van de diverse spelers in de zorg uit gaan. Verder moeten we de medicalisering en de vraagkant van de zorg in de analyse betrekken. Het gaat om een buitengewoon gecompliceerde problematiek, niet alleen omdat er veel factoren in het spel zijn, maar ook omdat die factoren ook op allerlei mogelijke manieren met elkaar verweven zijn en op elkaar inwerken.

IN PERSPECTIEF!

In mijn betoog tot dusver heb ik U iets laten zien van de uitgavenstijging in de zorg. Als we de analyses mogen geloven zal de zorg een nog veel groter deel van ons inkomen vergen dan nu al het geval is. Er leven grote zorgen over de betaalbaarheid in de toekomst. Er moet dus wat gebeuren om de betaalbaarheid en daarmee ook de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg – dus de duurzaamheid van de zorg – veilig te stellen. Toch wil ik graag voorhouden dat we de problematiek wel in een juist perspectief moeten plaatsen. Mijn opmerkingen hieronder zijn niet bedoeld om het duurzaamheidsprobleem ‘onder het vloerkleed te vegen’. Mijn doel is enkel allerlei eenzijdigheden en simplificaties tegen te gaan. Enig historisch perspectief kan evenmin kwaad. Ik beperk mij tot vier opmerkingen.

Ten eerste moet men zich realiseren dat het onzinnig is alleen over de kosten van de zorg te spreken zonder de baten ervan in beschouwing te nemen. De zorg is niet alleen kostbaar, maar heeft ook veel opgeleverd, zowel op individueel als maatschappelijk niveau. Uiteindelijk gaat het om de vraag naar de verhouding tussen baten en kosten waarbij niet alleen moet worden gedacht aan de baten en kosten binnen de zorg maar ook daarbuiten. Voor wat betreft de zogeheten intersectorale baten valt bijvoorbeeld te denken aan de impact van de zorg op het ziekteverzuim, de arbeidsproductiviteit, de werkgelegenheid of industriële ontwikkeling. Pomp (2010) betoogt dat elke aan zorg bestede euro dat bedrag meer dan waard is. Hij spreekt in dit verband over ‘de gouden eieren van de gezondheidszorg’. Mackenbach (2010) heeft becijferd dat ongeveer de helft van de stijging van de levensverwachting sinds 1950 aan een verbetering van de zorg valt toe te schrijven. Er zijn tal van studies beschikbaar waaruit blijkt dat preventie niet alleen gezondheidswinst oplevert maar ook kosten bespaart (Rutten, 2012). De Amerikaanse gezondheidseconoom Aaron (2003) merkt daarom terecht op, dat de toename van de zorgkosten de groei van de individuele en maatschappelijke welvaart helemaal niet in de weg hoeft te staan. Integendeel zelfs. Survey-onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau laat zien dat het overgrote deel van de respondenten gezondheid als de belangrijkste waarde in het leven beschouwt.

Er zit overigens ook een andere kant aan deze relativering. Zo kwamen Cutler en zijn collega's (Cutler et al, 2006) tot de conclusie dat de

marginale opbrengst van extra bestedingen in de zorg een dalende lijn toont. Welch (2011) heeft zoals eerder aangegeven ernstige bedenkingen tegen wat hij overdiagnostiek noemt. En dan is er nog het probleem van de *failures of success* (Gruenberg, 2005). We zijn tot heel veel in staat, maar we krijgen er ook nieuwe problemen voor terug. De toename van het aantal personen met Alzheimer biedt hiervan een treffend voorbeeld.

Mijn tweede opmerking komt er kort gezegd op neer, dat het probleem van de uitgavenstijging in feite van alle tijden is. Al sinds jaar en dag zijn beleidsmakers ongerust over de uitgavenstijging in de zorg. Eigenlijk is er niets nieuws onder de zon. In het begin van de vorige eeuw werd de verwachte uitgavenstijging gehanteerd als een van de argumenten om de invoering van een ziekenfondsverzekering af te blazen. Te duur in de ogen van de critici (Companje, 2008). Eerder kwam al ter sprake dat de zorguitgaven in de periode 1950-1970 van 500 miljoen gulden naar bijna 7 miljard stegen. Nu betrof deze naoorlogse periode van wederopbouw natuurlijk een bijzondere tijd maar, aldus voormalig staatssecretaris Van der Reijden, ‘de schrik [over de kostenstijging] zat er bij de bewindslieden danig in’ (p. 61).

Ik geef U een paar uitspraken van bewindslieden om mijn stelling dat de zorgen over de uitgavenstijging van alle dag is nader te illustreren.

Bron, jaartal en auteur of bewindspersoon	Citaat	Aandeel zorg in BNP
Structuurnota Gezondheidszorg 1974 (Hendriks)	‘Evenals in andere landen is er ook in ons land grote ongerustheid ontstaan over de stijging van de kosten van de zorg. In 1968 bedroegen de totale kosten van de gezondheidszorg rond de 5 mld gulden (...); voor het jaar 1972 worden deze kosten geraamd op rond 10 mld gulden (...). Het is (...) van groot belang te kunnen beschikken over instrumenten om de kostenontwikkeling te beheersen’ (p.7)	1974: 6,7%*
Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (Brinkman & Dees)	‘In het Regeerakkoord is ten aanzien van de ombuigingen in de gezondheidszorg vastgesteld dat in het collectief gefinancierde deel van de volksgezondheid een oplopend bedrag van 1,2 miljard wordt omgebogen. Opgemerkt moet worden dat deze ombuigingen (...) moeten worden gerelateerd aan de meerjarencijfers van het FOGM, welke uitgaan van een reële groei van 1% per jaar’ (p. 8)	1987: 7,6%*

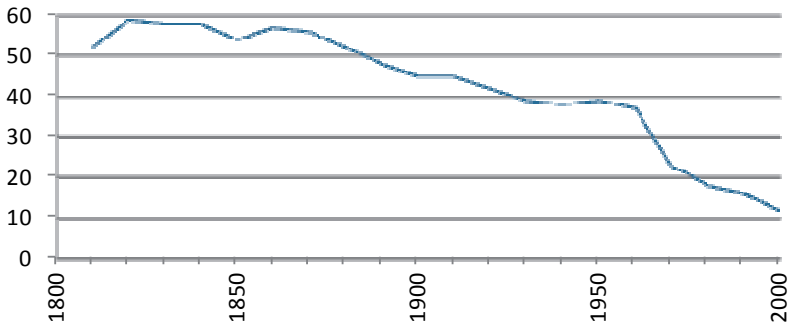
* Ontleend aan OECD Health Data

Het kost weinig inspanning dit lijstje met andere uitspraken aan te vullen. De conclusie is echter duidelijk: sinds het midden van de jaren zestig en vooral na de oliecrisis in de jaren zeventig staat de kostenbeheersing hoog op de agenda van elk kabinet. Overigens leverde dat pas in 1994 een eerste minister voor Volksgezondheid op (Els Borst). Tot dan toe moest de zorg het altijd met een staatssecretaris doen. In het recente zorgakkoord van minister Schippers met het zorgveld is bepaald die basisgroei in de zorg voor de periode 2015-2017 te beperken tot 1% per jaar. Zelfs deze taakstelling is niet nieuw want eenzelfde taakstelling prijkte in het Regeerakkoord van het kabinet-Lubbers II! Weet U wat echt bijzonder in het lijstje van uitspraken is? De zorgen over de uitgavenstijging blijken *onafhankelijk* van het percentage van het BBP dat aan de zorg wordt besteed!

Deze conclusie voert direct tot mijn derde opmerking. Bestaat er wel zoiets als een te objectiveren optimaal percentage dat een land aan de zorg zou moeten besteden? Ooit vonden we 6 à 7% al veel. Later werd de noodklok bij 9% geluid, enzovoort. Zou het oplopen van het percentage niet ook (voor een groot deel) kunnen worden toegeschreven aan veranderde preferenties in de samenleving? Hebben we nu meer over voor zorg dan vroeger (Aaron, 2003)? Op deze vragen valt helaas geen eenduidig antwoord te geven en het is wel erg gemakkelijk om eenvoudigweg te concluderen dat de stijging van het percentage niks anders tot uitdrukking brengt dan veranderende preferenties in de samenleving. Met deze opmerking zouden we in feite alle ondoelmatigheid in de zorg legitimeren. Dat kan natuurlijk nooit de bedoeling zijn. Een conclusie die we mijns inzien wel veilig kunnen trekken is dat het percentage dat de samenleving aan de zorg uitgeeft een *politieke keuze* is. We kunnen er minder aan uitgeven maar ook meer. En we kunnen er met elkaar sterk over van mening verschillen. Betaalbaarheid blijkt een wiebelig en dynamisch begrip.

Ik kom toe aan mijn vierde opmerking. Figuur 10 geeft voor de periode 1810-2000 het procentueel aandeel van voedings- en genotmiddelen in de binnenlandse particuliere consumptieve bestedingen weer. De grafiek laat zien dat dit percentage in het begin van de vorige eeuw op zo'n 50-60 procent uitkwam. Dit percentage is geleidelijk gedaald naar iets meer dan 10 procent in 2000 (let wel: dit zijn gemiddelden, voor individuele huishoudingen kan het beeld heel anders uitpakken!) Gaven we vroeger een groot

Figuur 10. Aandeel voedings- en genotmiddelen in de binnenlandse particuliere consumptieve bestedingen



Bron: CBS, 200 jaar statistieken in tijdreeksen, 1800-1999.

deel uit aan voedings- en genotmiddelen, thans aan heel andere zaken waaronder onderwijs, veiligheid, vakanties, hypotheek, auto's en ... zorg. Ik wil hiermee natuurlijk helemaal niet zeggen, dat er geen probleem bestaat en dat er geen lastige keuzes moeten worden gemaakt, integendeel zelfs. Maar we moeten wel oppassen voor een statische blik: de tabel toont duidelijk aan dat de structuur van de consumptieve bestedingen dynamisch is en in de loop van de tijd onder invloed van de economische groei grote verschuivingen heeft ondergaan. Dat is altijd al zo geweest en dat zal ook in de toekomst zo blijven (Fogel, 2008).⁵ Gaat U er bijvoorbeeld maar gerust van uit, dat een groter deel van de ouderenzorg particulier zal worden gefinancierd. Daar bestaat nu natuurlijk veel protest tegen, maar dat zal wegebben. Over een tijdje zal iedereen het heel normaal vinden dat je niet

⁵ Fogel presenteert de lezers de volgende interessante tabel over wijzigingen in het patroon van consumptieve bestedingen in de Verenigde Staten voor de periode 1875-1995.

	1875	1995	elasticiteit
Voeding	49%	5%	0,2
Kleding	12	2	0,3
Huisvesting	13	6	0,7
Zorg	1	9	1,6
Onderwijs	1	5	1,5
Ontspanning	18	68	1,5
Overig	6	7	1,1

alleen moet sparen om de studie van je kinderen te bekostigen, maar dat je ook moet sparen voor bepaalde voorzieningen voor ‘de oude dag’.

Samenvattend, kom ik tot de slotsom dat we het probleem van de duurzaamheid niet moeten versimpelen tot enkel een kostenvraagstuk. De baten moeten ook worden meegenomen. Enig historisch besef kan ook geen kwaad: er zijn eigenlijk altijd zorgen over de ontwikkeling van de zorguitgaven geweest. Er is ook geen objectieve maatstaf voor het percentage dat een samenleving aan zorg zou moeten besteden. En tenslotte is ons consumptiepatroon in de loop van de tijd enorm veranderd. Zou hierin nu ineens verandering komen?

DOELMATIGHEID

Terug nu naar de duurzaamheid van de zorg en het daarmee verbonden besturingsvraagstuk. Het zal U niet verbazen dat het thema doelmatigheid (efficiëntie) een prominente rol speelt in het politieke en maatschappelijke debat hierover. Het streven moet er immers op gericht zijn de beschikbare publieke middelen optimaal te besteden. Verspilling dient te worden voorkomen.

In de literatuur komt men vele omschrijvingen van doelmatigheid tegen. Goed bruikbaar is de definitie van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in een advies uitgebracht in 1998. Doelmatigheid, aldus de Raad, betreft ‘de verhouding tussen de kwaliteit van de zorg en de kosten ervan’ (p. 10). Tegenwoordig wordt ook vaak de term *value for money* gebezigd (Porter & Teisberg, 2006). Meer doelmatigheid betekent *more value for money* ofwel meer waar voor je geld en omgekeerd. Ook de zorg draait om waardecreatie.

Volgens een breed gedeelde opinie is de zorg vergeven van allerlei ondoelmatige praktijken. Het recentelijk door de minister ingestelde ‘Meldpunt verspilling in de zorg’ geeft een aardig inkijkje in wat burgers allemaal aan ondoelmatige praktijken signaleren. Op 12 augustus stond de teller al op 16.541 binnengekomen reacties. Het onderwerp leeft dus sterk. Verrassend is dat het niet bij meldingen alleen blijft. In circa 80 procent van de gevallen worden ook suggesties gedaan om de waargenomen verspil-

ling uit te bannen. De onderstaande tabel biedt een eerste indruk van de resultaten.

Tabel 1 Binnengekomen meldingen bij Meldpunt Verspilling in de zorg

Verspilling bij geneesmiddelen	25%
Verspilling binnen een zorgverleningstraject	20%
Verspilling in gebruik van hulpmiddelen	10%
Verspilling in curatieve en langdurige zorg	25%
Overig	10%

Bron: Ministerie VWS, Nieuwsbrief Verspilling in de zorg (juli 2013).

Als we dit overzicht nader bezien, dan blijkt dat het merendeel van de geconstateerde verspilling wijst op een gebrek aan *technische* doelmatigheid. Denk aan alle ongebruikte genees- en verbandmiddelen, aan de niet meer gebruikte rolstoelen of rollators, aan de vele managementlagen, aan de duplicatie van allerlei diagnostiek, aan de langs elkaar heen werkende zorg- en hulpverleners, aan de administratie die niet op orde is, aan het vermaledijde systeem van diagnosebehandelingcombinaties (DBC's) of het daarvoor in de plaats gekomen systeem van DOT's dat staat voor DBC's op weg naar transparantie (alleen de naamgeving al), aan de ongeloofwaardige hoge ziekenhuisrekeningen, enzovoort. Ik zou in dit verband de stelling willen poneren dat het vraagstuk van de doelmatigheid in de zorg in de publieke opinie vooral als een gebrek aan technische doelmatigheid wordt gepercipieerd. Hieraan wordt vervolgens de veronderstelling gekoppeld dat het mogelijk is dezelfde zorg met minder middelen te bieden of meer zorg met dezelfde middelen. Als we erin zouden slagen de technische doelmatigheid te verbeteren kunnen allerlei ingrepen in het verzekerde pakket achterwege blijven. De burger blijft zo zelf buiten schot. Het lijkt op de 'ver van mijn bed show'. Bezuinigingen zijn niet noodzakelijk.

Doelmatigheid is echter niet alleen een kwestie van technische doelmatigheid. Daarnaast bestaan ook allocatieve en dynamische doelmatigheid. Bij *allocatieve* doelmatigheid gaat het niet om de vraag of we de dingen goed doen maar of we de goede dingen doen. Neem als voorbeeld een willekeurige medische ingreep. Terwijl het bij technische doelmatigheid

draait om de vraag of de ingreep goed is uitgevoerd (bijvoorbeeld geen complicaties), staat bij allocatieve doelmatigheid de vraag centraal of de ingreep wel nodig of verstandig was.⁶ Veel deskundigen zijn van mening dat de allocatieve doelmatigheid in de zorg veel te wensen overlaat. Er wordt gesproken over zinvolle en niet-zinvolle zorg of over gepast en ongepast gebruik. Veel zorg zou niet aan de eisen van noodzakelijkheid, effectiviteit of kosteneffectiviteit voldoen (Commissie Dunning, 1991). Grote praktijkvariatie en medicalisering worden eveneens als een signaal van allocatieve ondoelmatigheid geïnterpreteerd. Ook in de langdurige zorg laat de allocatieve doelmatigheid te wensen over: er verblijven bijvoorbeeld te veel mensen in een residentiële voorziening.

Uit het overzicht van de binnengekomen meldingen leid ik af dat in de publieke opinie het besef van allocatieve ondoelmatigheid veel minder sterk is ontwikkeld dan het besef van technische ondoelmatigheid. Dat is ook niet verwonderlijk: allocatieve ondoelmatigheid is vaak niet direct zichtbaar, kan gevoelig liggen, is veel meer dan technische ondoelmatigheid vatbaar voor discussie en kan de burger zelf raken. Denkt U in dit verband maar aan moeizame discussies over de samenstelling c.q. inperking van het verzekerde pakket. Deze problematiek waarover de Commissie Dunning in 1991 al een uitermate behartigenswaardig rapport schreef is nog altijd hoogst actueel. Tegelijkertijd moeten we vaststellen, dat in professionele kring de aandacht voor allocatieve doelmatigheid toeneemt. Zorgverleners gaan steeds meer inzien, dat zorg geen eenzijdige actie is waarbij de zorgverlener bepaalt wat het beste is voor de hulpvrager. Waar maar enigszins mogelijk dienen beide partijen samen de diverse mogelijkheden en de voor- en nadelen die eraan vastzitten met elkaar te bespreken. *Shared decision-making* levert niet alleen betere zorg op, maar kan ook onnodige kosten helpen voorkomen. Het mes snijdt dus aan twee kanten. Het zou de doelmatigheid daarom dienen indien de bekostiging niet eenzijdig aan het volume wordt gekoppeld; het belang van een goede communicatie tussen zorgvrager en zorgverlener moet ook worden gehonoreerd. Daarin schuilt echter wel een probleem want voor goede communicatie wordt niet betaald.

⁶ Economen formuleren het anders. Er is sprake van allocatieve efficiëntie als de besteding van schaarse middelen een maximum overschot van baten boven kosten genereert.

Ook de *dynamische* ondoelmatigheid krijgt weinig aandacht. Deze vorm van ondoelmatigheid duidt op een gebrek aan innovatieprikkels in een systeem: innovatie krijgt onvoldoende kans. Er is sprake van een zelf georganiseerd conservatisme dat op haar beurt nauw samenhangt met het nog altijd wijdverspreide domeindenken.

Volgens sommigen heeft de ondoelmatigheid in de zorg megapropor-ties aangenomen. Uitbanning ervan zou miljarden aan besparingen opleve-ren. Zo kopte Zorgvisie van 2 augustus 2013 dat de care 14% per cliënt kan besparen zonder dat daarbij afbreuk aan de kwaliteit wordt gedaan. Integendeel zelfs, deze neemt toe! Deze boude conclusie werd gebaseerd op evaluaties van het onderzoeksprogramma ‘In voor zorg!’. Oud-minister Klink deinst evenmin terug voor krachtige uitspraken. Hij acht besparingen van 10 tot wel 25% mogelijk zonder dat de kwaliteit erop achteruitgaat of het recht op zorg wordt uitgehold. Wat is zijn recept? Verminder overbe-handeling en praktijkvariatie, laat patiënten meebeslissen over hun zorg en pak de organisatie van de zorg aan. Dat laatste vindt ook oud-staats-secretaris Robin Linschoten die recentelijk in een TV-uitzending (23 mei 2013) tot de volgende opmerkelijke bewering kwam: ‘een paar mensen bij elkaar zetten en dan kunnen we in een paar weken 20 miljard in de zorg besparen’. Als we een additief model veronderstellen zodat we de doelma-tigheidswinsten bij elkaar mogen optellen, hebben we bij wijze van spreken nauwelijks meer geld voor zorg nodig!

Het zal U niet verbazen dat ik sceptisch tegenover deze getallen sta. Ze zijn op drijfzand gebaseerd en lijken vooral geïnspireerd door effectbejag: men wil de publieke aandacht trekken. De uitspraken van Linschoten zijn zelfs ronduit misleidend, omdat zij de indruk wekken dat fundamentele keuzen in de zorg onnodig zijn. Het aanpakken van de technische doelma-tigheid is voldoende. Vergeet trouwens ook niet dat, zelfs indien de schat-ting van de besparingen in de buurt van de waarheid zou liggen, het ver-moedelijk vele jaren duurt voordat zij daadwerkelijk zijn gerealiseerd. Inge-sleten patronen laten zich nu eenmaal niet van de een op de andere dag veranderen. Uitzonderingen daargelaten is veelal geen sprake van *quick wins*.

Het spreekt voor zich dat de bestrijding van de ondoelmatigheid de hoogste prioriteit verdient. Geen redelijk mens kan toch voor verspilling zijn! Toch ligt de zaak ingewikkelder dan velen aannemen. Dat komt in

essentie door het feit dat het doelmatigheidsprobleem door velen wordt gereduceerd tot een probleem van technische doelmatigheid. Deze manier van *problem framing* biedt politiek grote voordelen. Bevordering van doelmatigheid wordt gepresenteerd als een soort rationele politiek-neutrale operatie. Lastige politieke keuzen zijn immers niet echt nodig, wel doorzettingsvermogen. Het meest recente voorbeeld betreft de discussie over fraude in de zorg.

Vergelijk het begrip doelmatigheid in dit verband eens met het begrip rechtvaardigheid. Velen vinden dit maar een lastig begrip. Want wat is rechtvaardig? Veel economen zeggen dat ze er weinig mee kunnen. Grote denkers hebben heel verschillende visies op rechtvaardigheid geformuleerd (Sandel, 2009) en in de dagelijkse politiek plegen de opvattingen over rechtvaardigheid sterk uiteen te lopen. Rechtvaardigheid betreft een bij uitstek politieke kwestie. Voor doelmatigheid ligt dit anders: dit is veel meer een politiek neutrale aangelegenheid. Je kunt er zelfs aan rekenen.

Ik wil U graag voor houden dat deze visie op doelmatigheid tekort schiet. Mijn eerste overweging in dit verband is dat technische, allocatieve en dynamische doelmatigheid alle inzet van politieke strijd kunnen zijn. Ik geef U daartoe een aantal argumenten. Ik wil beginnen met een misschien wat populistisch overkomend argument. Stel dat in de zorg besparingen van miljarden mogelijk zijn zonder dat afbreuk aan de kwaliteit en toegankelijkheid ervan wordt gedaan. Heeft U enig idee hoeveel arbeidsplaatsen hiermee gemoeid zijn? Verlies aan arbeidsplaatsen stuit in de publieke sector stevast op groot verzet. Een vakbondsvoorzitter ventileerde recentelijk de opvatting dat geen enkel ziekenhuis als gevolg van een faillissement zou mogen sluiten. Doelmatigheid blijkt als de werkgelegenheid in het geding is ineens een veel minder aantrekkelijk alternatief.

Het huidige kabinet vindt dat gemeenten de huishoudelijke hulp veel doelmatiger dan de nationale overheid kan organiseren en dat de huishoudelijke hulp alleen uit de publieke middelen zou mogen bekostigd bij de personen die het echt nodig hebben en niet over alternatieve mogelijkheden beschikken. Om die reden boekt zij een bezuiniging van enkele honderden miljoenen in die de werkgelegenheid van veel thuiszorgmedewerkers rechtstreeks raakt. Wat leert deze casus? Ten eerste dat de opvattingen over een doelmatige inzet van middelen sterk verschillen. Want is het wel doelmatig sterk op de huishoudelijke hulp te bezuinigen, zeker als je wilt dat het

beroep op de residentiële zorg drastisch moet worden verminderd (een kwestie van allocatieve doelmatigheid)? Ten tweede dat de werkgelegenheidseffecten van een ‘doelmatigheid bevorderende’ maatregel op groot verzet stuiten. En ten derde zeggen de bezuinigingen in de thuiszorg wellicht ook iets over de machtsverhoudingen in de zorg. Doelmatigheid en macht staan niet los van elkaar! De partij met een zwakke positie in de zorg moet sterk inleveren.

Mijn tweede overweging komt wellicht wat abstract over, maar is fundamenteel. Doelmatigheid is contextueel bepaald. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg had het over de verhouding tussen de kwaliteit en de kosten van de zorg, maar wat te verstaan onder kwaliteit? Welke baten en kosten worden in de vergelijking meegenomen? Wordt gekozen voor een breed perspectief of een meer beperkt perspectief? De verhouding tussen baten en kosten van preventie zal anders uitvallen indien niet alleen de directe baten en kosten worden meegeteld, maar ook de indirecte baten en kosten (Jönsson, 2009). En wiens perspectief wordt gekozen? Een bepaalde praktijk kan vanuit de optiek van een instelling doelmatig zijn, maar vanuit een breder (systeem) perspectief juist niet. Effectieve vervanging van tweedelijns- door eerstelijnszorg bevordert de doelmatigheid op systeemniveau maar blijkt vaak strijdig met instellingsbelangen. Doelmatigheid is meestal ook niet meer dan een gemiddelde waarvan de scores van de afzonderlijke eenheden sterk kunnen afwijken. De twijfels in de (concept) rapporten van het College voor Zorgverzekeringen over de doelmatigheid van de zeer dure geneesmiddelen voor bepaalde categorieën van patiënten met de ziekte Pompe of Fabry werden door de betrokken patiënten niet gedeeld. Mede door toedoen van de maatschappelijke consternatie heeft de minister ervoor gekozen om de discussie over de vergoeding van de dure geneesmiddelen uit de sfeer van de allocatieve doelmatigheid te trekken (is het verstandig deze middelen in het verzekerde pakket op te nemen?) en terug te brengen tot een kwestie van technische doelmatigheid. Zij onderhandelt met de farmaceutische industrie over de prijs van deze en andere peperdure geneesmiddelen. Technische doelmatigheid ligt politiek minder gevoelig dan allocatieve doelmatigheid.

Vergeet in dit verband niet dat harde wetenschappelijke *evidence* over doelmatigheid en ondoelmatigheid helemaal niet hoeft te worden geaccepteerd. Welch (2011) geeft hiervan een treffend voorbeeld. In 1997 was in

de VS een door het *National Cancer Institute* ingestelde commissie van medische experts en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties op basis van alle wetenschappelijk onderzoek tot de conclusie gekomen, dat screening op borstkanker van vrouwen in de leeftijdscategorie 40-50 jaar weinig zin had. Maar die conclusie werd absoluut niet geaccepteerd door de vrouwenbeweging en geen politicus die zijn of haar vingers eraan durfde te branden. Ruim een decennium later werd de kwestie opnieuw bestudeerd en de betrokken expertcommissie kwam tot een vergelijkbare conclusie. De evidence kon echter opnieuw de prullenmand in, mede omdat door de voorstanders van screening een verband werd gesuggereerd tussen de conclusie van de expertcommissie en Obama's politiek omstreden plannen voor een fundamentele hervorming van de ziektekostenverzekering en een effectieve beheersing van de zorgkosten.

In de derde plaats is het onderscheid tussen doelmatige en ondoelmatige zorgpraktijken lang niet altijd helder. De zorgpraktijk is doorgaans met allerlei onzekerheidsmarges omgeven: wat werkt wel bij deze patiënt, wat niet? Is het nog wel verstandig om een complexe operatie uit te voeren? Is het ondoelmatig om veel middelen te besteden met een kleine kans op genezing? Gebrek aan informatie en de aanwezigheid van een grijs gebied compliceert een doelmatige inzet van middelen. In dergelijke situaties is helemaal niet zo duidelijk welke zorgpraktijk wel of juist niet doelmatig is.

Mijn betoog ten aanzien van de doelmatigheid afsluitend, kom ik tot de volgende conclusie. Bevordering van de doelmatigheid in de zorg is met het oog op duurzaamheid ervan een *must*. Het gaat echter om een weerbarstige materie waarin geïstitutionaliseerde opvattingen en belangen alsmede politiek-maatschappelijke verhoudingen een prominente rol spelen. Doelmatigheid blijkt in menig opzicht een wiebelig begrip. Bevordering van de doelmatigheid is geen kwestie van een rationele min of meer politiek-neutrale operatie zoals gesuggereerd in de framing van het doelmatigheidsprobleem als een probleem van technische doelmatigheid. Het probleem ligt dieper.

BEVORDERING VAN DOELMATIGHEID

Op welke wijze wordt nu gestreefd naar verbetering van de doelmatigheid? Bij de beantwoording van deze vraag wil ik mij beperken tot drie hervormingen die met elkaar gemeen hebben dat zij elk diep in de zorg ingrijpen, volop in de publieke belangstelling staan en, niet zo verwonderlijk, uitermate controversieel blijken. Deze ontwikkelingen betreffen achtereenvolgens de marktwerking, de agendering van de individuele verantwoordelijkheid en de decentralisatie van de extramurale langdurige zorg.

Marktwerking

Als er één onderwerp is waarover de gemoederen snel verhit raken, dan is het wel de marktwerking. Er zijn zowel geharnaste voor- als tegenstanders van marktwerking en zij zijn al jaren met elkaar in een onproductief ideologisch debat verwickeld. Er is ook een pluriform gezelschap van pragmatici die niet dogmatisch voor of tegen zijn, maar kijken naar wat werkt en niet werkt. Zij zien de zorg als een hybride systeem waarin ruimte moet zijn voor zowel marktwerking als samenwerking. Zij willen in ieder geval af van een besturingssysteem waarin de overheid op allerlei niveaus als centrale spil fungeert. In het oude stelsel droeg de overheid immers niet alleen verantwoordelijkheid voor de wet- en regelgeving, maar besliste zij ook over talloze concrete zaken zoals de capaciteit van instellingen, de geografische spreiding van die instellingen of hun budget. Als het mis ging paste zij ook financieel bij. Tenslotte zijn er ook die een bekende retorische truc uithalen: zij verbannen het woord marktwerking gewoon uit het politieke debat, omdat het alleen maar verlamdend werkt. Maar daarmee is het probleem natuurlijk niet opgelost.

Marktwerking in de zorg is een schoolvoorbeeld van een wiebelig begrip. Hoeveel competitie moet er in de zorg zijn om de term marktwerking te rechtvaardigen? Hoever mag de regulering van de markt gaan om nog zinvol over marktwerking te kunnen spreken? In België is het woord marktwerking taboe, maar huisartsen concurreren niet alleen met elkaar maar ook met medisch specialisten om de patiënt. Een verwijzing is immers niet nodig en de artsendichtheid is groter dan in Nederland. Sommige hulpverleners brengen een dal- of spitsuurtarief in rekening om de patiën-

tenstroom te reguleren. U kunt voor een behandeling bij een gerenommeerde specialist terecht of kiezen voor een private omgeving om een kind te baren, maar dan moet U wel een fors bedrag uit eigen middelen bijleggen. Dit zijn allemaal zaken die in Nederland niet bestaan of zelfs categorisch verboden zijn. Toch spreken wij hier over marktwerking, terwijl onze burens het woord vermijden en zich vertwijfeld afvragen waarmee ze daar in Nederland bezig zijn. Voor residentiële zorg kun je in België trouwens flink moeten bijbetalen waardoor als het ware vanzelf een markt ontstaat. Sommige Nederlanders gaan ook voor zorg de grens over, omdat dokters in België ‘minder moeilijk plegen te doen dan hier’.

Je kunt je ook afvragen of de zorg eigenlijk niet altijd iets van een markt heeft gehad. Bekend zijn de verhalen over hoe ziekenhuizen in de randen van hun verzorgingsgebied met elkaar om de instroom van patiënten rivaliseerden. Volgens Van Montfort is de zorg altijd een markt geweest. Dat was ook in de tijd van de budgettering en nog eerder zo. Hij zag in de zorg een markt met instellingen als rivaliserende partijen, vergunningen als het te verhandelen marktgoed en het Parnassusplein als marktplaats. Als men dit stelsel een markt wil noemen, dan toch in ieder geval een politieke of bureaucratische markt. Met marktwerking in de zorg duiden we tegenwoordig op een veel meer zakelijk stelsel waarin partijen met elkaar in competitie treden over zaken als prijs, kwaliteit en dienstverlening. Dat was vroeger niet het geval. Partijen krijgen ook meer vrijheid van handelen, zij mogen zelf de baten incasseren, maar moeten ook opdraaien voor eventuele verliezen. In een markt kun je failliet gaan.

Het is niet mijn bedoeling om een overzicht van het systeem van marktwerking te schetsen. In de kern komt dit systeem erop neer, dat de overheid binnen een raamwerk van spelregels een grotere verantwoordelijkheid bij het veld – dat wil zeggen burger, zorginstelling en verzekeraar – wil neerleggen. De verwachting is dat de zorg door deze nieuwe institutionele structuur doelmatiger, innovatiever en meer cliëntgericht wordt. Marktwerking bevordert in de *assumptive world* van de voorstanders zowel de technische, allocatieve als dynamische doelmatigheid (Maarse, 2011).

Het is overigens in de zorg gebruikelijk om over *gereguleerde* marktwerking of gereguleerde concurrentie te spreken. Dit was ook de terminologie die de Commissie Dekker in haar rapport *Bereidheid tot Verandering* (1987) bezigde. Gereguleerde marktwerking is echter een tautologie want

alle markten worden gereguleerd. Gaat U bij wijze van experiment maar bij de slager vragen aan hoeveel regels hij zich moet houden, bijvoorbeeld ten aanzien van de kwaliteit van zijn vlees. Het bedrijfsleven klaagt steen en been over de regeldichtheid en de hoge administratieve lasten. Waarom dan toch de term gereguleerde marktwerking?

Het antwoord op deze vraag is naar mijn mening dat de regulering in de zorg verder strekt dan de regulering van andere markten. Op elke markt is het primaire doel van regulering dat de burger of consument wordt beschermd tegen monopolie – of kartelvorming of andere vormen van machtsmisbruik. Regelgeving moet tevens de kwaliteit van een goed of product waarborgen. Maar nergens gaat de regelgeving zover dat de toegankelijkheid van een bepaalde voorziening voor elke burger wordt gegarandeerd en dat de betaling van deze voorziening afhankelijk wordt gemaakt van de individuele koopkracht. En dat is nu precies wat in de zorg gebeurt: de regelgeving strekt ertoe dat een aantal *non-market values* wordt beschermd: de zorg moet voor iedereen financieel en geografisch toegankelijk blijven. Dit soort regels geldt niet voor de markt van boeken, racefietsen of huizen om een paar voorbeelden te noemen. En nergens gaat bij mijn weten de regelgeving zover, dat het totale niveau van uitgaven in een bepaalde markt wordt geplafonneerd. En ook dat is precies wat er in de zorgmarkt gebeurt.

Dit alles brengt mij tot de volgende observatie. Het nieuwe stelsel mag dan wel ingrijpende institutionele veranderingen impliceren, er is ook sprake van de nodige continuïteit. Zonder respect voor de normatieve *legacy of the past* ten aanzien van de solidariteit in de financiering en de gelijke toegankelijkheid zou het nieuwe stelsel zowel politiek als maatschappelijk onaanvaardbaar zijn geweest. Vanuit dit perspectief valt gereguleerde marktwerking te beschouwen als een poging om marktwerking met diepgewortelde normatieve beginselen te combineren. Beginselen van rechtvaardigheid – solidariteit en gelijke toegankelijkheid – stellen grenzen aan de doelmatigheid. Of die poging geslaagd te noemen valt, is natuurlijk een heel andere vraag.

Institutionele continuïteit zien wij ook bij de rol van de overheid in het nieuwe stelsel. In het oude stelsel beschikte de overheid over een uitgebreid arsenaal aan besturingsmiddelen: zij was verantwoordelijk voor de wet- en regelgeving, stelde de capaciteit en het budget van instellingen vast,

verleende vergunningen, enzovoort. De bedoeling van geregleerde marktwerking is hieraan een eind te maken. Bemoeit de overheid zich nu minder met de zorg? In sommige opzichten zeker, in andere opzichten zeker niet. Een interessante ontwikkeling is in dit verband, dat overheid en veld elkaar in toenemende mate opzoeken voor gemeenschappelijke afspraken over belangrijke zaken zoals de beheersing van de uitgavenontwikkeling. Denkt U in dit verband aan het bestuurlijke akkoord uit 2011 waarin overheid en veld met elkaar afspraken maakten over de volumegroei in de ziekenhuiszorg, het recente zorgakkoord over de hervorming van de langdurige zorg en het meest recente akkoord met nieuwe afspraken over de jaarlijkse volumegroei voor de periode 2015-2017. Als de volumeafpraak niet wordt gehaald, mag de overheid afkomen.

Men kan de markthervorming conceptualiseren als een georkestreerde poging om de doelmatigheid in de zorg te bevorderen. Dat gebeurt niet zozeer door deregulering, dus minder regels, maar door andere regels. *If the market is a dance, the state provides the orchestra and the dancing floor*, aldus Lindblom (2001: 42).⁷ De grote vraag is nu of er ook daadwerkelijk sprake is van bevordering van de doelmatigheid? Moeten we voor of tegen zijn? Zoals ik al eerder aangaf, kies ik voor een pragmatische opstelling in het debat hierover. Een debat waarin je alleen voor of tegen kunt zijn is heilloos. Ik noem U eerst een aantal voors en vervolgens een aantal tegens. Deze lijstjes zijn niet uitputtend.

- Marktwerking dwingt partijen zich te verbeteren, niet alleen procesmatig maar ook 'productmatig'. Kwaliteit, doelmatigheid en cliëntgerichtheid staan voorop. Ik zie veel procesverbetering. Denk bijvoorbeeld aan het *one-stop* principe: je hoeft maar één keer naar het ziekenhuis voor alle onderzoek. Ook zijn de wachttijden voor veel specialismen behoorlijk verkort.
- Jarenlang heeft de overheid getracht om de uitgavenontwikkeling in de geneesmiddelensector te beteugelen. Talloze maatregelen zijn uitgepro-

⁷ In feite kan marktwerking op twee manieren worden gerealiseerd. De eerste manier is dat de overheid binnen de collectieve sector een nieuw stelsel van zorgspecifieke spelregels invoert om de marktwerking op gang te brengen. Een excellent voorbeeld hiervan is de Zorgverzekeringswet die de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt heeft aangejaagd. Een tweede manier is pakketverkleining. Op het moment dat bijvoorbeeld de rollator uit het verzekerde pakket werd verwijderd, ontstond er vanzelf een markt met de burger in de rol van consument. Voor deze markt gelden de spelregels die voor elke markt gebruikelijk zijn.

beerd. Alles zonder bijster veel resultaat. Het preferentiebeleid van zorgverzekeraars waarbij zij met de fabrikanten onderhandelen over de prijs van generieke geneesmiddelen heeft op korte termijn al een enorm financieel resultaat opgeleverd. Er zijn prijsdalingen van zo'n 80% gerealiseerd (CvZ, 2011). Het veld kan dus bepaalde zaken veel beter en veel sneller voor elkaar krijgen dan de overheid!

- Het schrappen van de rollator uit het pakket – ook een vorm van invoering van marktwerking – heeft niet alleen lagere prijzen opgeleverd maar ook betere kwaliteit. Bovendien wordt de intelligentie van de gebruiker geprikkeld. Vragen als: Heb ik dit hulpmiddel echt nodig? Wat zijn mijn mogelijkheden? Wordt de rollator ook op marktplaats aangeboden? werden tot voor kort niet of nauwelijks gesteld.
- De opkomst van zelfstandige behandelcentra heeft als een flinke luis in de pels van instellingen gewerkt. Zij zagen zich op straffe van verlies van patiënten gedwongen de dienstverlening op te schroeven.
- De decentralisatie van baten en financiële risico's bij zorginstellingen heeft een heilzaam effect op hun besluitvorming. Zo maakte zij een einde aan allerlei megalomane bouwplannen. De financiële risico's voor verzekeraars zijn eveneens sterk toegenomen als gevolg waarvan zij scherper met instellingen over prijzen en budget moeten onderhandelen. Afwenteling van kosten en risico's horen steeds meer tot het verleden.
- Het heeft enige tijd geduurd, maar de verzekeraars hebben zorgverleners de kat de bel aan gebonden ten aanzien van de kwaliteit van zorg. Het begon met CZ die op grond van eigen kwaliteitscriteria aankondigde niet langer alle ziekenhuizen voor borstkankeroperaties te contracteren. Steeds vaker verschijnen er berichten uit kringen van de verzekeraars, dat instellingen niet langer zullen worden gecontracteerd voor die vormen van zorg die niet aan de kwaliteitseisen voldoen. Deze ontwikkeling noopte de wetenschappelijke verenigingen tot spoed bij het aanscherpen van allerlei structuurnormen (bijvoorbeeld multidisciplinair overleg) en procesnormen (in het bijzonder volumennormen).
- Een meer fundamenteel voordeel van marktwerking is dat een tegenkracht op meso- en microniveau in de zorg wordt georganiseerd. In mijn visie was één van de grote manco's in het oude stelsel dat de zorg effectieve tegenkrachten op micro- en mesoniveau ontbeerde. Het ont-

brak aan effectieve *check and balances*. Iedereen, of het nou om dokters, ziekenhuizen, huisartsen, verpleeghuizen of patiënten/ cliënten ging, wilde meer. De enige tegenkracht was de overheid die de zaak met wet- en regelgeving, budgettering, enzovoort beheersbaar trachtte te houden. Vanuit dit perspectief bezien kan men gereguleerde marktwerking zien als een poging om een tegenkracht op meso- en microniveau te mobiliseren. Op mesoniveau moet men hierbij denken aan de verzekeraars en patiëntenorganisaties en op microniveau aan de verzekerde/patiënt/-cliënt die zich kritisch informeert over de kwaliteit en prijs van een goed of dienst. Dit betekent natuurlijk niet dat iedere gebruiker zich ook zo opstelt: wellicht is zo'n 10 procent al voldoende om de zorg verlenende instanties en verzekeraars goed bij de les te houden.

- Het dreigement van een faillissement is misschien wel de meest krachtige prikkel tot doelmatigheid en innovatie. Wat met het Ruwaard van Putten Ziekenhuis is gebeurd, is natuurlijk een grote tragedie voor de medewerkers. Maar er gaat ook een krachtige prikkel vanuit. De dreiging van een faillissement beschouw ik ook als een effectief tegengif tegen de zogeheten *conspiracy of silence*. Het falen van een afdeling blijkt immense consequenties voor het hele ziekenhuis te hebben.

Vanuit het perspectief van de doelmatigheid zijn er naast voordelen ook nadelen of gevaren. Ik noem U er een paar:

- Het gevaar van verkeerde concurrentie (Porter & Teisberg, 2006). Dit is bijvoorbeeld het geval indien de concurrentie tussen zorgverleners op een pure prijsconcurrentie uitdraait waarbij de kwaliteit van zorg een ondergeschikte rol speelt of indien de verzekeraars de kosten trachten te beteugelen door hun verzekerden allerlei beperkingen op te leggen. De creatie van *value for money* loopt ook gevaar als gevolg van fragmentatie doordat zorgaanbieders zich op bepaalde behandelingen focuseren. Noodzakelijke samenwerking en integratie van zorg kunnen hierdoor in het gedrang komen.
- De kwaliteit van zorg kan om specialisatie en concentratie, dus minder zorgaanbieders, vragen. Deze ontwikkeling is al in gang gezet. Ook kan de kwaliteit van zorg een fusie tussen instellingen vergen, omdat de afzonderlijke instellingen de kwaliteit van de zorg niet (meer) kunnen garanderen.

- Het gevaar van overproductie, upcoding en overdeclaratie om de inkomsten op te schroeven. Marktwerking kan zorgverleners verleiden tot extra productie teneinde aldus de inkomstenstroom te vergroten. Als gevolg van informatie-asymmetrie tussen zorgvrager en zorgverlener kan de zorgvrager zich hiertegen onvoldoende wapenen. Van *upcoding* is sprake indien een zorgverlener voor een diagnose en/of behandeling kiest die hogere inkomsten oplevert en van *overdeclaratie* indien een zorgverlener ten onrechte een nieuwe DBC voor een behandeling opent. Fleur Hasaart (2011) heeft hierover een interessant proefschrift geschreven. Overigens denk ik dat verzekeraars effectiever dan de overheid tegen dit soort praktijken kunnen optreden. Dat geldt ook voor allerlei andere vormen van oneigenlijk gebruik en regelrechte fraude.
- Het gevaar dat de marktwerking bepaalde waarden in de zorg zal corrumperen (Hirschman, 1982). De tegenstanders schrijven marktwerking een eroderend effect toe: solidariteit en toegankelijkheid zullen langzaam maar zeker worden uitgehold. Dit betreft een belangrijk vraagstuk dat mijns inziens meer aandacht verdient. Maar tegelijkertijd stel ik vast dat waarden en normen naar hun aard ambigu zijn en dat de concrete invulling ervan in wet- en regelgeving in de loop van de tijd altijd aan verandering onderhevig is geweest. Als een patiënt voor kwalitatief betere zorg niet 5 maar 10 km voor een bezoek aan een ziekenhuis moet reizen, is dan de toegankelijkheid kleiner geworden? Toegankelijkheid is een dynamisch begrip. En is er inderdaad sprake van een tweedeling in de zorg als meer vermogenden zich in de langdurige zorg een omgeving kunnen en willen veroorloven die meer biedt dan de kwaliteitsnormen die we met elkaar hebben afgesproken? Voer voor debat.
- Het gevaar dat verzekeraars zich vervreemden van hun leden als grote spelers teveel macht naar zich toetrekken en ‘een staat in de staat’ vormen. Ook kunnen zij het vertrouwen van de burgerij verspelen (Boonen & Schut, 2011). In de ogen van het grote publiek vertegenwoordigen zij al gauw het ‘grote kapitaal’ dat *money-driven* te werk gaat. De politieke opwinding over de groei van hun reserves spreekt in dit verband boekdelen.

Nu de gereguleerde marktwerking ruim zes jaar onderweg is, lijkt me het moment aangebroken om de resultaten ervan ten aanzien van de drie vari-

anten van doelmatigheid eens kritisch en zonder ideologische ballast op een rij te zijn.

Individuele verantwoordelijkheid

De tweede ontwikkeling is meer cultureel van aard en betreft de agendering van de individuele verantwoordelijkheid. Deze agendering kan men op meerdere manieren duiden. Een eerste mogelijkheid is om de nadruk op individuele verantwoordelijkheid te beschouwen als een logisch onderdeel van het emancipatieproces dat in de jaren zestig is ingezet en grote veranderingen in de zorg teweeg heeft gebracht. Bij emancipatie, zo kan men redeneren, hoort individuele verantwoordelijkheid. Deze is onlosmakelijk verbonden met zelfontplooiing. In de agendering van de individuele verantwoordelijkheid kan men ook een reactie zien op het uitgedijde systeem van regulering en subsidies waardoor de afhankelijkheid van burgers ten opzichte van de overheid werd gevoed en het denken in termen van rechten werd gestimuleerd. Genereuze institutionele arrangementen werkten de institutionalisering van allerlei opvattingen en gedragingen in de hand.

De nadruk op individuele verantwoordelijkheid betreft een poging tot omkering van deze trend. De veronderstelling is dat individuele verantwoordelijkheid een belangrijke bijdrage kan leveren aan de doelmatigheid. De zorg zal bijvoorbeeld meer aansluiten op de preferenties van de zorgvrager (allocatieve doelmatigheid). Verder wordt de individuele intelligentie aangeboord om slimme oplossingen te bedenken (technische c.q. dynamische doelmatigheid).

Verder zijn er natuurlijk de critici die de agendering van de individuele verantwoordelijkheid interpreteren als een stap om de burger op zich zichzelf terug te werpen en zelfs aan zijn lot over te laten. De overheid kan immers niet alle problemen oplossen, de burger moet het zelf maar opknappen. Hij/zij moet zelf ook maar een deel van de kosten voor zijn/haar rekening nemen in de vorm van een verplicht eigen risico of andere verplichte eigen bijdragen. Deze zienswijze is in ieder geval niet de mijne. Duurzame zorg vraagt naar mijn oordeel om individuele verantwoordelijkheid. Daarbij realiseer ik me uiteraard dat individuele verantwoordelijkheid een wiebelig begrip is dat afhankelijk van de context en iemands capacitei-

ten en omstandigheden moet worden ingekleurd. In die zin is het een spannend begrip dat de nodige discussie en emotie losmaakt.

Individuele verantwoordelijkheid krijgt pas betekenis in relatie tot collectieve en sociale verantwoordelijkheid. De agendering van de individuele verantwoordelijkheid betekent natuurlijk helemaal niet het einde van de *collectieve* verantwoordelijkheid. Integendeel zelfs, collectieve verantwoordelijkheid lijkt mij een zaak van beschaving: de overheid heeft namens de burger de plicht om een ieder in staat te stellen naar vermogen aan de samenleving deel te nemen. Gezondheid is daartoe een belangrijke voorwaarde. Collectieve arrangementen met het oog op de solidariteit en toegankelijkheid van de zorg zijn daartoe essentiële bouwstenen. Zonder Zorgverzekeringswet of AWBZ zouden de meeste burgers geen toegang tot de zorg hebben, failliet gaan of verkommeren! Genoemde verzekeringen zijn overigens uitermate doelmatig, omdat zij burgers in staat stellen tegen een bepaalde premie een groot risico af te kopen. Maar dit alles betekent natuurlijk niet, dat er in de zorg geen plaats voor individuele verantwoordelijkheid zou zijn. De Commissie Dunning stelde in haar rapport *Kiezen en Delen* destijds al, dat een 'gemeenschapsgerichte benadering' vraagt om duidelijke keuzen en om individuele verantwoordelijkheid, omdat anders de gemeenschapsgerichte benadering in gevaar komt. In het hedendaagse jargon zeggen we, dat de legitimiteit van de solidariteit onder druk komt (Jeurissen & Sanders, 2007). Solidariteit en individuele verantwoordelijkheid horen daarom als twee-eenheid bij elkaar. Onze oosterburen hebben dat altijd goed begrepen: in artikel 1 van hun sociale ziektekostenverzekering worden solidariteit en persoonlijke verantwoordelijkheid in één adem genoemd en dus formeel met elkaar verbonden.

Collectieve verantwoordelijkheid wil ik analytisch onderscheiden van *sociale* verantwoordelijkheid. Deze laatste term verwijst naar de mogelijkheid dat problemen van burgers ook in kleinschalige sociale verbanden kunnen worden opgelost. Waarom zou de overheid overal aan te pas moeten komen, nog afgezien van de vraag of de overheid daadwerkelijk in staat is een oplossing voor alle menselijk leed te bieden. Als het inderdaad waar zou zijn wat Klink stelt, namelijk dat de eenzaamheidsbestrijding 1 à 2 miljard aan besparingen (Zorgvisie 28 juli 2013) zou opleveren, dan vraag ik me af of de overheid de meest gerede speler is om dit vraagstuk op te lossen. Overigens zijn we nu al getuige van het ontstaan van lokaal georga-

niseerde collectieve verbanden waarin burgers zelf bepaalde problemen ter hand nemen en niet langer alle heil van de overheid verwachten. Om een enkel voorbeeld te geven: ik stel me voor dat in de toekomst als iedereen vertrouwd is met de moderne communicatietechnologie collectief gefinancierd taxivervoer alleen voor uitzonderingssituaties nodig blijft. Burgers zullen elkaar heel snel vinden. Onze opvattingen en verwachtingen hierover zullen veranderen.

Zoals gezegd, kan men tegenwoordig in het overheidsbeleid een sterke nadruk op individuele verantwoordelijkheid beluisteren. Staatssecretaris Van Rijn laat geen gelegenheid onbenut om het belang van meer individuele verantwoordelijkheid te onderstrepen. Het huidige stelsel van langdurige zorg is op termijn niet duurzaam als de burger niet meer eigen verantwoordelijkheid neemt en zich, waar mogelijk, minder afhankelijk opstelt van de collectief gefinancierde voorzieningen. Hij heeft daarin naar mijn mening gelijk. De tijd van de ongebreidelde groei ligt achter ons, de politiek-institutionele logica van expansie moet worden doorbroken. Ook in de curatieve zorg klinkt de roep om meer individuele verantwoordelijkheid. Het pleidooi van Ruwaard (2012) bij zijn inauguratie voor een verschuiving van nazorg naar voorzorg berust mede op de gedachte dat de burger meer verantwoordelijkheid voor zijn of haar eigen gezondheid moet nemen. Iedere burger heeft individueel belang bij een gezonde levensstijl. Duurzame zorg begint ook bij jezelf.

Ik gaf al aan dat het pleidooi voor meer nadruk op individuele verantwoordelijkheid vaak een kritisch onthaal krijgt. Op de linkerflank van het politieke spectrum en ook in populistische kringen wordt dit pleidooi al snel geassocieerd met de invloed van het liberale denken op het overheidsbeleid en daarmee verdacht gemaakt. Maar is dit wel terecht? Was individuele verantwoordelijkheid ook niet een van de pijlers van het socialistische gedachtegoed? Drees, een van de pioniers van het stelsel van collectieve voorzieningen, was ervan overtuigd dat dit stelsel ook iets van de burger vroeg: soberheid en individuele verantwoordelijkheid! In de Volksgezondheidsnota 1966 van de toenmalige confessionele bewindslieden Veldkamp en Bartels krijgt individuele of persoonlijke verantwoordelijkheid eveneens sterke nadruk: 'Voor wat de gezondheidszorg betreft stellen ondergetekenden de verantwoordelijkheid van de individuele mens centraal' (p. 11). Duidelijker kan het eigenlijk niet.

Collectieve, sociale en individuele verantwoordelijkheid zijn natuurlijk wiebelige begrippen. Het is niet direct helder hoe er concrete invulling aan te geven en bij de concretisering ervan kun je van mening verschillen. Bij individuele verantwoordelijkheid zal veel afhangen van persoonlijke omstandigheden zoals leeftijd, gezondheid, financiële draagkracht, sociale leefomgeving, enzovoort. Er zijn ook grenzen: als individuele verantwoordelijkheid bijvoorbeeld zou betekenen dat afhankelijke burgers in de intieme sfeer van informele hulp afhankelijk worden, schieten we door. Individuele verantwoordelijkheid is evenmin een substituut voor professionele hulp. Verder zullen we moeten onderkennen dat er altijd een groep kwetsbare burgers is voor wie individuele verantwoordelijkheid te hoog gegrepen is en om die reden onze bescherming nodig heeft.

Zeker als er financiële consequenties aan vastzetten, wordt individuele verantwoordelijkheid al snel geassocieerd met het afschuiven van verantwoordelijkheid. Ik beschouw deze opvatting als een geïnstitutionaliseerde reactie. De manier waarop burgers denken over zorg en de rol van individuele (en sociale) verantwoordelijkheid is immers de resultante van de veelheid aan regelingen die de afgelopen decennia tot stand zijn gekomen. Structuren werken ook cultureel door. Hierin ligt mijns inziens de tragiek van staatssecretaris Van Rijn. Zijn gedachtegoed en beleid verdienen steun, maar het is tegelijkertijd naïef te verwachten dat de burger die zo gewend is aan allerlei vaak genereuze voorzieningen in een tijdsbestek van enkele jaren radicaal van gedachten verandert. Ik ben geneigd dit voornamelijk als een overgangsprobleem beschouwen: onze kinderen zullen, om te besluiten, echt wel begrijpen dat je niet alleen spaart voor je eigen kinderen, maar ook voor de eventuele zorgvoorzieningen op latere leeftijd.

Afsluitend luidt mijn conclusie: een duurzame zorg is een zorg waarin burgers meer eigen verantwoordelijkheid nemen. Individuele verantwoordelijkheid is van groot belang voor een doelmatige zorg, maar de invulling ervan betreft een complexe opgave waarin nieuwe wegen zullen moeten worden geëxploreerd. Tegelijkertijd kan het beroep op individuele verantwoordelijkheid ook ontaarden: burgers worden dan aan hun lot overgelaten. Dat kan natuurlijk nooit de bedoeling zijn.

Decentralisatie

Decentralisatie kan men omschrijven als het proces waarbij taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden en financiële middelen van een hoger bestuursorgaan naar een lager bestuursorgaan worden overgeheveld. Decentralisatie is momenteel vooral aan de orde in de extramurale langdurige zorg en de jeugdzorg waar de nationale overheid een groot aantal bestuurlijke taken aan de lagere overheid wil overdragen. Deze overdracht van taken valt vanuit historisch perspectief als een omkering in de verhouding tussen nationale en lokale overheid te beschouwen. Aanvankelijk speelden immers de gemeenten een sleutelrol. Zij waren actief op uiteenlopende terreinen zoals de *public health*, de zorgverlening (denk aan de gemeentelijke ziekenhuizen), de bekostiging van de zorg voor minvermogenden en zelfs de zorgverzekering. De ontwikkeling van het zorgbeleid in de 20^{ste} eeuw stond in het teken van centralisatie: de overheid trok steeds meer besluitvorming en verantwoordelijkheid naar zich toe.⁸ De rol van de lagere overheden bleef grotendeels beperkt tot het terrein van de gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering. We zijn nu getuige van een reactivering van de rol van de gemeenten. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) markeert een omkering van centralisatie naar decentralisatie.

De beoogde nieuwe structuur berust op een drietal pijlers. De eerste pijler betreft de nadruk op individuele verantwoordelijkheid. 'Niet leunen maar steunen', aldus de toenmalige staatssecretaris Ross-van Dorp waarmee zij bedoelde te zeggen dat de burger niet op de overheid moet leunen maar dat de overheid de burger die echt hulp nodig heeft moet steunen. De nadruk op individuele verantwoordelijkheid krijgt in de Wmo concreet gestalte in de vorm van het zogeheten compensatiebeginsel: het recht van de burger op bepaalde voorzieningen wordt vervangen door de gemeentelijke plicht burgers te compenseren om hen in staat te stellen naar vermogen aan het maatschappelijke leven deel te nemen. De gemeente mag daarbij de individuele omstandigheden van de burger in beschouwing nemen. Maatwerk in plaats van regels.

De tweede pijler betreft de doelmatigheid. De Wmo berust op de beleidsveronderstelling dat de gemeente veel beter dan de nationale over-

⁸ Vervolgens werd de uitvoering van deze taken weer functioneel gedecentraliseerd naar allerlei doelorganisatie zoals bijvoorbeeld de ziekenfondsen.

heid of daarvan afgeleide regionaal werkende organisaties in staat is maatwerk te leveren. De gemeente staat dicht bij de burger en kan veel meer lokale informatie in de besluitvorming stoppen dan de nationale overheid. Bovendien draait de gemeente aan allerlei bestuurlijke knoppen die rechtstreeks het welzijn van de burger raken zoals huisvesting, vervoer, woonomgeving, welzijnsvoorzieningen, inkomen, et cetera. De gemeente, zo luidt de beleidsveronderstelling, kan veel doelmatiger optreden. En dat is voor de nationale overheid reden om dan ook maar meteen een omvangrijke bezuinigingstaakstelling in te boeken, eufemistisch aangeduid als doelmatigheidskorting.

De derde pijler betreft het democratie argument. Omdat met de invoering van de Wmo over veel meer zaken op lokaal niveau wordt besloten, kan de burger hierop ook meer invloed uitoefenen. Met andere woorden, de Wmo zou de lokale democratie bevorderen.

Op zichzelf zie ik een aantal voordelen in decentralisatie van zorgvoorzieningen naar het gemeentelijk niveau. In veel landen om ons heen is het ook zo georganiseerd. Decentralisatie kan de doelmatigheid versterken en aldus bijdragen tot een duurzame zorg. Maar ik wil toch waarschuwen voor een overmaat aan optimisme. Ik geef U daartoe met het oog op de doelmatigheid de volgende overwegingen:

- Met de decentralisatie naar de gemeenten stelt de overheid een groot vertrouwen in de beleidscapaciteit van gemeenten om een doelmatig aanbod van zorg te organiseren. Zijn de gemeenten daartoe in staat? Beschikken zij over de benodigde professionele kennis? Vergeet in dit verband niet dat de AWBZ een pluriform geheel van doelgroepen bedient die elk om specifieke expertise vragen.
- Hoever zal de decentralisatie uiteindelijk reiken? Decentralisatie zal ongetwijfeld tot verschillen tussen gemeenten leiden, een gevolg dat zich moeizaam tot de diepgewortelde opvatting van gelijke toegang tot de zorg verhoudt. Er dreigt dus allerlei regelgeving vanuit Den Haag die de gemeentelijke beleidsruimte inperkt. Het woord decentralisatie is in dit verband onthullend. Bij ontleding ervan kom je zowel het woord CENT als het woord TRALIE tegen. Hierover gaat een groot deel van de politieke discussie. Het gevaar is niet ondenkbeeldig dat regels de ruimte voor doelmatig optreden op lokaal niveau beperken. Overigens kan ook de juridificering van de Wmo de gemeentelijke speelruimte

beperken. Te verwachten valt immers dat de nodige burgers naar de rechter stappen indien zij het oneens zijn met wat de gemeente hun te bieden heeft.

- Er dreigt bureaucrativering. Het gaat om veel geld waarop de gemeenten maximaal greep zullen willen houden. Keukentafelgesprekken om ‘de vraag achter de vraag’ te traceren en te bepalen wat iemand zelf of in eigen kring en waar de overheid moet ondersteunen zijn kostbaar. Uit een studie van Gupta (2012) bleek, dat de administratiekosten bij de overheveling van de huishoudelijke hulp van de AWBZ naar de gemeenten zijn geëxplodeerd. Zij zijn achtmaal zo hoog als in de AWBZ en van elke euro gaat 11 eurocent op aan administratiekosten bij alleen al de gemeenten. De bureaucrativering dreigt ook vanuit Den Haag te worden versterkt vanwege de verplichting om allerlei rapportages te maken die hooguit een enkeling leest. In hoeverre de beoogde doelmatigheid wordt gerealiseerd, is dus nog maar de vraag.
- Zonder vergaande coördinatie tussen gemeenten zullen de transactiekosten eveneens explosief stijgen. Bij gebrek aan een dergelijke coördinatie zullen de gemeenten met veel instellingen moeten contracteren. Maar die coördinatie vergt hoge transactiekosten en de effectiviteit ervan staat bij lange na niet vast.
- Zonder effectieve coördinatie stijgen ook de transactiekosten voor de instellingen explosief. Zij moeten immers met veel gemeenten contracten afsluiten.
- Gebrek aan coördinatie tussen AWBZ en Wmo tast de doelmatigheid van de decentralisatie eveneens aan. Partijen kunnen immers in de verleiding komen de kosten van zorg op elkaar af te wentelen.

Met het oog op het beperken van de transactiekosten pleit ik er daarom voor om met vormen van populatiebepoorting te experimenteren. Instellingen of wijkteams (het Amsterdamse model) krijgen voor een bepaalde periode een aan de kenmerken van een populatie gerelateerd budget voor zorg. De betrokken instellingen zijn het beste in staat te bepalen wie hoeveel en hoelang welke zorg nodig heeft. Dit voorkomt veel bureaucratie. Instellingen van hun kant zullen moeten accepteren dat de bomen niet tot in de hemel groeien. Uiteraard zullen zij publieke verantwoording over de

besteding van de middelen moeten afleggen. Wie niet presteert, verliest zijn contract.

Samenvattend: decentralisatie kan de doelmatigheid van de extramurale langdurige zorg vergroten en daarmee bijdragen tot duurzame zorg, maar ik waarschuw voor overtrokken optimisme. Er dreigen de nodige valkuilen en eenvoudige ‘oplossingen’ zijn helaas niet voorhanden. Ik vrees ook nog wel ongelukken.

KEERT DE WAL HET SCHIP?

Ik ben mijn analyse begonnen met U te zeggen wat ik onder een duurzame zorg versta. Een duurzame zorg is voor mij een zorg die ook in de toekomst betaalbaar blijft en die iedere burger toegang biedt tot noodzakelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg. *Niet-duurzame* zorg voldoet niet aan deze drie voorwaarden. Duurzame zorg is een wiebelig begrip omdat er niet één rechte lijn loopt van betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit naar concrete institutionele arrangementen. Daarover kan men verschillende ideeën hebben en politieke strijd voeren. Duurzame zorg is ook een dynamisch begrip: de wijze waarop we erover denken en er concrete invulling aan geven evolueert in de tijd. Er bestaat bijvoorbeeld geen objectieve norm voor wat een land aan zorg zou mogen uitgeven.

Ik heb het vraagstuk van de duurzaamheid vanuit een besturingsoptiek benaderd. De overheid speelt daarin natuurlijk een belangrijke rol, maar de besturing van de zorg mag beslist niet tot overheidsbeleid worden gereduceerd. Duurzaamheid is een probleem van ons allen en vergt inspanning op alle besturingsniveaus in de zorg, dus niet alleen op collectief niveau maar ook op individueel niveau.

Het lijkt mij dat de tijd van een ongebreidelde groei van de zorg achter ons ligt. De groei van de collectieve zorg zal minder uitbundig zijn dan waaraan we gewend zijn en in onderdelen van de langdurige zorg is al een forse krimp in het vooruitzicht gesteld. Er is behoefte een nieuw denken. Er zijn grenzen aan de groei, er moeten keuzes worden gemaakt, het bekende verhaal ‘er moet geld bij’ is te simpel. In het bijzonder zullen de begrippen collectieve, sociale en individuele verantwoordelijkheid opnieuw moeten worden ingekleurd. Dat is overigens geen nieuw proces. In het verleden is

de inkleuring ervan voortdurend veranderd met daarbij als globale trend dat steeds meer richting collectieve verantwoordelijkheid werd geschoven. In die zin zou je kunnen spreken van een behoefte aan een trendbreuk.

Is ons besturingssysteem hiertoe wel in staat? Ik heb U een realistisch beeld trachten te schetsen van hoe besturing in elkaar steekt en hoe het werkt. Besturen blijkt, kort samengevat, veelal een zaak van voortmodderen. Tegen deze achtergrond vond ik het verheugend om U aan het begin van mijn rede enkele ontwikkelingen te signaleren die mogelijk wijzen op bestuurlijke verandering. De zorgagenda en de zorgakkoorden, om er twee uit te pikken, duiden op een groeiende *sense of urgency* en een groeiend besef van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. Ik zou willen spreken van een voorzichtig optimisme. Maar er zal nog veel water door de Maas stromen en als er paar dingen nodig zijn, dan zijn dat visie, bestuurlijke moed en het vermogen over je schaduw te kunnen heen springen. Zo niet, dan zal de wal het schip keren.

Duurzaamheid vraagt om een versterking van de doelmatigheid. Verbetering van de doelmatigheid spreekt voor zich, maar bij nader inzien blijkt het om een uitermate gecompliceerde materie te gaan. De vele miljarden aan besparingen die ons worden voorgespiegeld berusten voor een groot deel op drijfzand en bergen ook nog de illusie in zich dat we er met enkele ingrepen wel komen. Het vraagstuk van de duurzaamheid vraagt om meer. In dit verband heb ik aandacht besteed aan de marktwerking in de zorg, de versterking van de individuele verantwoordelijkheid en de decentralisatie van de extramurale langdurige zorg. Dit zijn drie controversiële beleidslijnen met een potentieel grote *impact* op de zorg. Zoals gezegd, sta ik er pragmatisch in. Op sommige onderdelen ben ik vooralsnog sceptisch (hopelijk ten onrechte), maar dat neemt niet weg dat ik over het geheel genomen tot een positief oordeel komen. Wij moeten door op de ingeslagen weg. Ik hoop er komende jaren via onderzoek hier in Maastricht binnen het programma Duurzame Zorg en in Nijmegen bij de Celsus Academie mijn steentje eraan te kunnen bijdragen. Pensioen is ook maar een geïnstitutionaliseerde sociale constructie waarvan ik mij voorlopig niet veel wil aantrekken.

Hiermee ben ik aan het eind gekomen van mijn verhaal. Terugblikkend kan ik niet anders concluderen dat het een hele eer was om de afgelopen 25

jaar voor de Universiteit Maastricht te mogen werken. Toen Maastricht zich aandiende, had ik het gevoel naar het buitenland te verhuizen. Hiervan heb ik echter nooit spijt gehad. Ik behoor tot het legioen van werknemers voor wie Maastricht ver weg lag, maar wie het daar zo goed beviel dat zij nooit meer zijn weggegaan.

25 jaar is een lange periode waarin ontzettend veel is veranderd. 'De schrijver van een boek uit 1983 leeft daardoor in 2013 al lang in een ander tijdperk, om niet te zeggen in een ander wereldtijdperk', aldus Frank Sloterdijk in *De Groene Amsterdammer* van 13-6-2013. Zo voel ik het ook. Een enorme groei van de universiteit, kleine vakgroepen die tot grote vakgroepen werden samengesmeed, de introductie van onderzoeksprogramma's en onderzoeksscholen, communicatie per mail in plaats van brief, colleges en onderwijsgroepen in het Engels, steeds meer vrouwelijke collega's, het opschroeven van het eisenpakket waar eenieder aan moet voldoen, de hoogleraar die nauwelijks meer zelf schrijft maar primair een groep aanstuurt en voortdurend op jacht naar geld moet, enzovoort. Er was trouwens ook een constante factor: altijd wel ergens gedoe in de buurt!

REFERENTIES

- Aaron (2003). Should public policy seek to control the growth of health care spending? *Health Affairs*, Analytical Forum, 8 January 2003.
- Ansell Chr, Sondorp E, Stevens H (2012). The promise and challenge of global network governance: the global outbreak alert and response network. *Global Governance*, 19(3): 317-337.
- Bassant E (2007). Ziekenfonds of particulier? Hoe de basisverzekering er toch is gekomen. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg
- Boessen S (2008). The politics of European health policymaking: an actor-centred approach. Maastricht University (dissertatie).
- Boonen L, Schut F (2011). Preferred providers and the credibility commitment problem in health Insurance: first experiences with the implementation of managed competition in the Dutch health care system. *Health Economics, Policy and Law*, 6(2): 219-235.
- Booz&Co (2012). Kwaliteit als medicijn. Aanpak voor betere zorg en lagere kosten. Amsterdam.
- Braybrooke D, Lindblom Ch (1963). A strategy of decision. Policy evaluation as a social process. New York: The Free Press.
- CPB (Centraal Planbureau) (2011). Zorg blijft groeien. Financiering onder druk. Den Haag (CPB Policy Brief 2011/11).
- CvZ (College voor Zorgverzekeringen)(2011). GIPeilingen 2011. Amstelveen.
- Commissie Dunning (1991). Kiezen en delen. Rijswijk.
- Commonwealth Fund (2010). Mirror, mirror on the wall: an international update on the comparative performance of American health care.
- Commonwealth Fund (2012). The Commonwealth Fund 2012 international health policy survey of primary care physicians.
- Companje K (red) (2008). Tussen volksverzekering en vrije markt. Verzekering van zorg op het snijvlak van sociale verzekerings en Gezondheidszorg 1880-2006. Amsterdam: Aksant.
- Cutler D, Rosen A, Vijan S (2006). The value of medical spending in the United States, 1960-2000. *New England Journal of Medicine*, 355: 920-927.
- Dehue T (2008). De depressie-epidemie. Amsterdam: Augustus.
- Delnoy D (2009). Zicht op kwaliteit. Transparantie in de zorg van patiëntenperspectief (oratie Universiteit van Tilburg).
- Fogel R (2008). Forecasting the cost of U.S. health care in 2040. NBER-paper 14361.
- Glinos (2013). Where borders and health care meet: Five studies in movements between health care systems. Maastricht University (dissertatie)
- Gruenberg E (2005). The failures of success. *Milbank Quarterly*, 83(4): 779-800.
- Gupta Strategists (2012). Stilte voor de storm. Zicht op prestaties ouderenzorg: studie WT 2012.
- Hasaart F (2011). Incentives in the Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care. Maastricht University (dissertatie).
- Hirschman A (1982). Rival interpretations of market society: civilizing, destructive or feeble. *Journal of Economic Literature*, 20: 1463-1484.

- Hoppe R (2011). The governance of problems. Puzzling, powering, and participation. Bristol: Policy Press.
- Jeurissen P, Sanders F (2007). Solidarity: who cares? In: O. Steenbeek, F. van de Lecq (red), Costs and benefits of collective pension systems. Berlijn: Springer.
- Jones C (2002). Why have health expenditures as a share of GDP risen so much? National Bureau of Economic Research Working Papers, no. 9325.
- Jönsson B (2009). Ten arguments for a societal perspective in the economic evaluation of medical innovations. *The European Journal of Health Economics*, 10(4): 357-359.
- Health Consumer Powerhouse (2012). Euro Health Consumer Index AB 2012.
- Lieverdink H (1999). Collectieve besluiten, belangen en wetgeving. Maastricht University (dissertatie).
- Lindblom (2001). The market system. New Haven: Yale University Press
- Maarse J (2011). Marktwerking in de zorg. Een analyse vanuit het perspectief van de keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Maarse J, Ruwaard D, Spreeuwenberg C (2013). The governance of quality management in Dutch health care: new Developments and strategic choices. *Quality Management in Health Care*, 22(3): 236-2467.
- Mackenbach J (2010). Ziekte in Nederland. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.
- Marmor T, Klein R (2012). Politics, health & health care. Selected essays. New Haven & Londen: Yale University Press.
- Mosca I, Mot E, Van der Wees Ph, Wammes J, Colombo F, Jeurissen P (2013). Universal challenge: sustainable long-term care. Nijmegen: Celsus.
- Moynihan R, Cassels A(2005). Selling sickness: how the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients. D&M Publishers.
- Mladovsky Ph, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S, McKee M (2012). Health policy in the financial crisis. *Eurohealth*, 18(1): 3-6.
- OECD (2011). Help wanted. Providing and paying for long-term care. Parijs.
- OECD (2012). Health at a glance Europe 2012. Parijs.
- OECD (2013a). Health spending continues to stagnate, says OECD (www.oed.org/health).
- OECD (2013b). Public spending on health and long-term care: a new set of projections. Parijs: OECD Economic Policy Papers, nr. 6.
- Pomp M (2010). Een beter Nederland. De gouden eieren van de gezondheidszorg. Amsterdam: Balans.
- Porter M, E. Teisberg (2006). Redefining health care. Creating value-based competition on results. Boston: Harvard University Press.
- RVZ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg) (1998). Prikkel tot doelmatigheid. Zoetermeer.
- RVZ(2013). Het belang van wederkerigheid ...solidariteit gaat niet vanzelf. Den Haag
- Rutten M (2012). Goed op de 100 meter HTA van zorginnovaties voor chronisch zieken. Erasmus Universiteit (oratie).
- Ruwaard D (2012). Van nazorg naar voorzorg. Maastricht: Maastricht University (oratie).
- Sandel M (2009). Justice. What the right thing to do? New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S (2009). Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge: Cambridge University Press.

- Spreeuwenberg C (2008). www.mychronicdisease.nl – naar de patiënt activerende en ondersteunende chronische zorg. Maastricht (afscheidsrede).
- Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012). Naar beter betaalbare zorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Trienekens J, Van der Vlugt G, Jeurissen P, Germin M (2012). Analyse zorguitgaven. ESB, 97 (4643), 14 september, pp. 534-537.
- Tuohy C (1999). Accidental logics. The dynamics of change in the health care arena in the United States, Britain and Canada. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Van der Kraan W (2006). Vraag naar vraagsturing. Erasmus Universiteit (dissertatie).
- Van der Grinten T (2007). Zorgen om beleid. Over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg (afscheidsrede Erasmus Universiteit).
- Van der Reijden P (1987). Onze kostelijke gezondheid. Amsterdam: Balans
- Wammes J, Verhoef L, Westert G, Assendelft P, Jeurissen P, Faber M (2013). Onnodige zorg in de Nederlandse gezondheidszorg, gezien vanuit het perspectief van de huisarts. Nijmegen (Celsus).
- Weaver P, Rotmans J (2006). Integrated sustainability assessment: what is it, why do it and how? *International Journal of Innovation and Sustainable Development*, 1(4): 284-303.
- Weiss Th (2013). Global governance. Why? What? Whither? Cambridge: Polity Press.
- Welch G, Schwartz L, Woloshin S (2012). Overdiagnosed. Making people sick in the pursuit of health. Boston: Beacon Press.